

616.692
HAS
P
2005 c.1

**PERSEPSI DIRI PADA FAKTOR-FAKTOR INTERNAL
KELUARGA DAN MASYARAKAT YANG MEMPENGARUHI
KEJADIAN SINDROM DEPRESI PADA WANITA DENGAN
INFERTILITAS PRIMER**



**Penelitian Akhir
untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Dokter Spesialis
Program Studi**

Psikiatri

**Oleh
ARYA HASANUDDIN
NIM G3G000073**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

UPT-PUSTAK-UNDIP	
No. Daft:	4411/7/PK/G1
Tgl.	2-8-06

PENELITIAN AKHIR

PERSEPSI DIRI PADA FAKTOR-FAKTOR INTERNAL KELUARGA DAN MASYARAKAT YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN SINDROM DEPRESI PADA WANITA DENGAN INFERTILITAS PRIMER

disusun oleh

**Arya Hasanuddin
G3G000073**

**telah diteliti dan disetujui
pada tanggal 17 Nopember 2005**

**Ketua Program Studi Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro**

Pembimbing

**dr. Ismed Yusuf, SpKJ
NIP. 130 529 445**

**dr. Ismed Yusuf, SpKJ
NIP. 130 529 445**

**Ketua Bagian/SMF Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang**

**dr. Anggraini Noviasuti, SpKJ
NIP. 130 610 343**

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, setelah dua tahun berhenti total, akhirnya penelitian ini terselesaikan. Kesabaran luar biasa dari para guru dan orang-orang tercinta di sekitar, yang membuat penulis tidak pernah putus harapan. Penelitian ini berjudul, Persepsi diri pada faktor-faktor Internal, Keluarga dan Masyarakat yang mempengaruhi kejadian Sindroma Depresi pada wanita dengan Infertilitas Primer. Sebagai kelengkapan dalam menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) I, di Bidang Psikiatri, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang.

Setelah berganti judul sebanyak tiga kali sekaligus mematangkan ilmu Psikiatri di dalam pendidikan yang ditempuh di PPDS I, Psikiatri Undip, akhirnya, penelitian selesai dilaksanakan.

Dari pasien sekaligus responden penelitian ini, penulis banyak belajar tentang kehidupan dan konflik marital perkawinan yang berkaitan dengan keinginan memiliki anak. Pasien-pasien pribadi penulis juga pasien-pasien pribadi dr. Lilien Eka Chandra, MRepSc, SpOG, penulis pergunakan sebagai responden. Selain karena jumlahnya cukup banyak juga kemudahan mendapatkan akses pada responden. Yang lebih utama, penulis inginkan mendapatkan jawaban jujur dari responden apa yang mereka alami dan rasakan sesungguhnya dalam perjuangan mereka mendapatkan anak biologis.

Pada kesempatan ini, penulis menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

Dr. Lilien Eka Chandra, MRepSC, SpOG, atas cinta dan kesabarannya yang luar biasa ketika penulis “berhenti berpikir” selama satu setengah tahun terakhir ini dengan tidak segera menyelesaikan tugas akhir penelitian skripsi di fakultas hukum dan Penelitian akhir di Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran. Ini disebabkan keraguan pada ilmu Psikiatri yang penulis pelajari dan “Tidak membawaku kemanapun juga”. Tetapi dengan kesabaran itu pula, membawa kita bersama ke Paris, Australia, Singapore dan Kairo untuk belajar dan bertanya langsung kepada para Empu Psikiatri Dunia. Disitulah penulis menemukan pencerahan dan mulailah penulis terbangun dari tidur panjang dan pulih kembali kepercayaan bahwa ilmu Psikiatri “Akan membawaku kemanapun juga”.

Prof. Dr. Hj. Istiati Soetomo, ibu sekaligus penjaga hidupku. Yang selalu mendoakanku padaNya tanpa henti setiap saat. You are the best, Mom !

Dr. Ismed Yusuf, SpKJ (K), “Guru saya”, demikianlah selama hidup penulis akan menyebut beliau. “Guru saya” inilah yang membukakan jalan karier dan mengantarkan penulis hadapan para Guru Besar Psikiatri di Indonesia. Sekaligus selalu mendorong dan selalu berkata “Ya”, ketika penulis memutuskan untuk *moving around* mencari pencerahan tentang dunia Psikiatri.

Dr. Hartono SpKJ, dari beliau lah yang membuka wawasan penulis tentang Psikiatri Biologi “Jika ada suatu keadaan sakit, maka sebenarnya ada yang berubah dari fungsi organ di dalam tubuh”. Demikian ini yang sering beliau ucapkan. Di tahun ke lima pendidikan, baru penulis tahu postulat itulah yang diungkapkan Hans Selye pada tahun 1956.

Dr. Anggraini Noviasuti SpKJ, terima kasih atas kesabaran Ibu terutama pada perilaku penulis yang cenderung berciri *Cluster B*, untuk itu penulis mohon maaf.

Direktur, Psikiater dan Dokter-dokter di Rumah Sakit Jiwa Daerah, Amino Gondo Hutomo, Semarang. Yang telah menerima dengan tangan terbuka kehadiran penulis. Walaupun sering menjadi *trouble maker*, tetapi tempat inilah rumah kedua yang nyaman dan menyenangkan untuk penulis selama enam tahun terakhir.

Drg. Henri "The Genius" Setiawan, MKes., sahabat masa mahasiswa, menjadi tua bersama di Semarang. Saat konsultasi, belajar tentang statistik 15 menit, 45 menit berikutnya berbincang tentang nasib bangsa Indonesia.

Dr. Hesti Anggriani dan AKBP Sapto Prabowo SH, sepasang suami istri, sekaligus sahabat setia. Anda berdua selalu siap mendengarkan keluh-kesah dan mimpi-mimpi penulis tanpa pernah menilai negatif. Semoga Allah SWT membalas kebaikan, kesetiaan dan ketulusan yang anda berdua tunjukkan.

Teman-teman semasa pendidikan PPDS I, Psikiatri. Ada banyak kenangan, ada banyak rahasia dan ada tembok berbicara. Tetapi sungguh menyenangkan bisa bersama-sama dalam enam tahun terakhir.

Yang terhormat, Cahyani Budiarti Amd., atas bantuan pengetikan dan *finishing touch* setting penelitian ini. Tanpa anda, mustahil penulis bisa menyelesaikan penelitian ini dalam keterbatasan waktu penulis. Anda sekretaris yang hebat.

Sasya dan Radya, anak-anakku yang besar-besar badannya dan pandai. Semoga ananda berdua bisa mengikuti jejak kami, ayah dan ibu, menempatkan ilmu sebagai "Kekuatan hidup". Tidak ada satupun yang sulit di dalam dunia ilmu, semua hanya didasari pada niat dan minat yang kuat. Insya Allah.

Terima kasih penulis haturkan juga untuk para dosen dan guru yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Pada pasien-pasien, klien hukum dan responden penelitian yang meluangkan waktunya untuk mengisi kuesioner penelitian ini. Andalah semua sebenarnya *Professor* untuk kehidupan yang penulis jalani saat ini.

Penelitian ini jauh dari kualitas karya ilmiah yang berharga. Tetapi dengan segala keterbatasan yang penulis miliki, penelitian ini membawa pengertian lebih dalam tentang sindroma depresi pada wanita dengan infertilitas pada penulis. Dengan bekal awal ini pula semoga cita-cita penulis akan menjadi lebih mudah, untuk menjadi jembatan antara dokter dan pasien di bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan dalam rangka *Consultation Liaison Psychiatry (CLP)*, untuk mencegah terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer dan yang utama memperkecil risiko putus terapi pada pasangan yang menginginkan anak.

Kritik dan saran bagi kesempurnaan penelitian ini, akan penulis terima dengan tulus dan ucapan terima kasih.

Penulis

To Lilien, my soul mate
With all my love and cares

To Ismed Yusuf, my teacher
With all my gratitude

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GRAFIK.....	ix
ABSTRAK.....	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian	7
E. Orisinilitas Penelitian	7
D. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Definisi	9
B. Epidemiologi	14
C. Etiologi	16
1. Faktor Organobiologi	16
2. Faktor Psikobiologi	19
3. Faktor Psikologi	26
D. Aspek Psikiatrik	31
1. Respon perasaan individu	31
2. Gangguan Psikiatrik	37
a. Perbedaan Individual	37
b. Seksualitas	41
c. Relasi Pasangan	42
d. Kualitas Hidup	43

e. Stres Akibat Terapi	44
 BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	47
B. Tempat dan Waktu	48
C. Populasi dan Sampel	48
D. Cara Kerja	49
E. Identifikasi Variabel	38
F. Manajemen dan Analisa Data	51
G. Instrumen Penelitian	52
H. Definisi Operasional Variabel	53
I. Kerangka Kondep	53
J. Skema Penelitian	54
 BAB IV: HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Karakteristik Responden dan Hasil Analisis Statistik Bivariat	55
B. Karakteristik Suami Responden dan Hasil Analisis Bivariat	59
C. Jawaban Responden Terhadap Tes ZSDS	61
D. Jawaban Responden Terhadap Persepsi Diri Pada Faktor Internal tentang Infertilitas	63
E. Jawaban Responden Terhadap Persepsi Diri Pada Faktor Keluarga tentang Infertilitas	65
F. Jawaban Responden Terhadap Persepsi Diri Pada Faktor Masyarakat tentang Infertilitas	72
G. Analisis Skor Total	77
 BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	78
B. Saran	78
DAFTAR PUSTAKA	79
 LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Menurut Status Depresi	55
Tabel 2. Distribusi Karakteristik Suami Menurut Status Depresi	59
Tabel 3. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Tes Zung	61
Tabel 4. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Persepsi diri kepada faktor internal tentang infertilitas	63
Tabel 5. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas	65
Tabel 6. Ringkasan perhitungan besar risiko pada 5 item Persepsi Diri Kepada faktor keluarga tentang infertilitas yang bermakna	66
Tabel 7. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Persepsi Diri Kepada faktor masyarakat tentang infertilitas	72
Tabel 8. Ringkasan perhitungan besar risiko pada 2 item Persepsi Diri Kepada faktor masyarakat tentang infertilitas yang bermakna	73
Tabel 9. Distribusi status Depresi menurut kategori Persepsi Diri Terhadap Faktor Internal	77
Tabel 10. Distribusi status Depresi menurut kategori Persepsi Diri Terhadap Faktor Keluarga	77
Tabel 11. Distribusi status Depresi menurut kategori Persepsi Diri Terhadap Faktor Masyarakat	77

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Distribusi status depresi responden	
menurut kelompok umur	57
Grafik 2. Distribusi status depresi responden	
menurut lama menikah	57
Grafik 3. Distribusi status depresi responden	
menurut tingkat pendidikan responden	58
Grafik 4. Distribusi status depresi responden	
menurut pendapatan bersih/bulan	58
Grafik 5. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas	
pada pertanyaan apakah hubungan dengan ibu kuat	67
Grafik 6. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas	
pada pertanyaan apakah keinginan mempunyai peranan ibu kuat	67
Grafik 7. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas	
pada pertanyaan merasa puas dengan kehidupan seksualnya	69
Grafik 8. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas	
pada seringnya mengalami orgasme dalam hubungan seksual	69
Grafik 9. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas	
pada kepuasan hidupnya	71
Grafik 10. Persepsi diri kepada faktor masyarakat	
dukungan keluarga walaupun tidak mempunyai anak	74
Grafik 11. Persepsi diri pada faktor masyarakat	
bahwa norma agama mengharuskan untuk mempunyai anak	76

Persepsi Diri Pada Faktor-Faktor Internal Keluarga Dan Masyarakat Yang Mempengaruhi Kejadian Sindrom Depresi Pada Wanita Dengan Infertilitas Primer

ABSTRAK

Latar Belakang: Kehamilan bagi wanita merupakan kreativitas yang paling bernilai, mewakili tujuan serta kematangan psikoseksual kewanitaannya. Infertilitas primer didefinisikan sebagai istri belum pernah hamil walaupun besenggama dan dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan selama 12 bulan. Diteliti persepsi diri pada faktor internal, keluarga dan masyarakat pada wanita dengan infertilitas yang berkaitan dengan infertilitasnya. Infertilitas primer dimaknai sebagai *stress perception*. Perubahan perilaku merupakan respon terhadap *stress perception* tersebut dan selanjutnya terjadi *stress response* yang dapat berupa sindrom depresi.

Metoda: Penelitian Kontrol Kasus (*Case-Control*). Sejumlah 76 kasus wanita infertilitas primer dengan sindrom depresi dan 76 wanita infertilitas primer tanpa sindrom depresi yang terpilih secara acak sebagai kontrol. Pengukuran sindrom depresi menurut skala pengukuran *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)* sebagai variabel dependen dan kuesioner persepsi diri sebagai variabel independen. Analisis data dengan uji statistik bivariat untuk membandingkan jawaban-jawaban persepsi diri antar responden dengan atau tidak dengan sindrom depresi. Dengan derajat signikansi 95 %.

Hasil: Ketidak-puasan hubungan seksual dengan pasangan berisiko 2,6 kali lipat untuk terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer, Ketidak-puasan dengan hidupnya berisiko 7,8 kali lipat untuk terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer, Tidak ingin peran ibu berisiko 13,5 kali lipat untuk terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer, Hubungan tidak kuat dengan ibu berisiko 16,9 kali lipat untuk terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer, Jarang mengalami orgasme berisiko 18,2 kali lipat untuk terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer, Tidak adanya dukungan keluarga karena tidak punya anak berisiko 2,4 kali lipat untuk terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer, Norma agama lemah terhadap keharusan punya anak berisiko 5,0 kali lipat untuk terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer.

Simpulan: Wanita dengan infertilitas primer memiliki risiko mengalami sindroma depresi apabila terdapat beberapa persepsi diri negatif tertentu terhadap keadaan infertilitas primernya.

Kata Kunci : Infertilitas Primer – Stress Response – Faktor Risiko – Sindrom Depresi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Reproduksi merupakan salah satu dorongan manusia yang terkuat. Tanpa reproduksi, kehidupan akan habis. Infertilitas sebagai suatu kegagalan bereproduksi³⁵ sudah menjadi masalah utama umat manusia sejak dulu. Tulisan pada lontar Ebers berisi banyak dan terperinci tentang resep menjaga kesuburan. Aspek infertilitas yang berbeda-beda secara mencolok disebutkan dalam tulisan kedokteran jaman Hyppocrates, Galen dan Abad Pertengahan.¹

Menurut Kolb dan Brodie (1982), yang dikutip oleh Thomarius JJ, konsep ideal dari pertumbuhan manusia sehat termasuk pencapaian status kedewasaan, kematangan seksual dengan kemampuan untuk melahirkan dan memelihara anak. Sehingga infertilitas dilihat sebagai kematian biologis.²

Bagi banyak pasangan, melahirkan anak adalah sangat penting. Mayoritas wanita melihat tujuan utama dalam hidupnya untuk menikah dan menjadi ibu. Banyak ibu infertil tidak dapat membayangkan hidup tanpa anak dan status ini menyusahkan untuk bergaul dengan wanita lain yang mempunyai anak.³

Sadock (1980), yang dikutip Ayub Sani Ibrahim, menyatakan bahwa kehamilan bagi wanita merupakan kreativitas yang paling bernilai, mewakili tujuan serta kematangan psikoseksual kewanitaannya.⁴

Secara tradisional, peran wanita dikodratkan sebagai istri dan ibu, mengandung, melahirkan, menyusui serta memelihara anak-anaknya. Peran utama pria adalah bekerja, sehingga menjadi ayah adalah tidak begitu penting. Fertilitas lebih merefleksikan kejantanan dan maskulinitasnya. Sehingga infertilitas melulu dipandang sebagai problem dan menjadi beban wanita dalam hal fisik dan psikologis.⁵

Pasangan infertil suami-isteri begitu mereka mengetahui bahwa mereka sulit atau tidak dapat mempunyai anak, mulailah timbul suasana emosional dalam hidup perkawinan mereka. Ini disebut *crisis of infertility*, infertilitas sebagai suatu krisis kehidupan yang kompleks, mengancam psikologis manusia dan merupakan stres emosional yang dapat menyebabkan berbagai perasaan negatif, digambarkan sebagai

krisis yang sering dirasakan sebagai trauma narsistik. Infertilitas sebagai krisis yang tidak terantisipasi dapat dilihat sebagai tantangan hidup atau kehilangan tujuan utama hidup. Sebagai krisis kronis dan tertunda karena berlangsung untuk waktu yang tidak terbatas dan mungkin tidak dapat diterangkan sebabnya serta tidak dapat segera diselesaikan, maka infertilitas merupakan ujian bagi mekanisme *coping* yang normal.^{2,6,7,8} Fleming dan Burry (1988), yang dikutip Forrest dkk, menyamakan infertilitas sama seperti krisis pada penyakit kronis atau cacat fisik.⁹

Infertilitas primer artinya tidak pernah ada riwayat terjadinya konsepsi. Infertilitas sekunder adalah kegagalan melahirkan anak setelah sebelumnya melahirkan satu atau lebih anak,³⁸ atau kehamilan yang tidak dapat mencapai 9 bulan, termasuk wanita dengan abortus spontan atau induksi dan tidak mempunyai anak yang hidup.^{1,8,10}

Infertilitas melanda lebih dari 15% pasangan usia subur. Freeman dkk, yang dikutip Connolly, mendapatkan bahwa 50-57% wanita bahkan 80% pada penelitian oleh Mahlstedt dkk. dalam Domar dkk. Dan 15% pria mengatakan bahwa infertilitas merupakan hal yang paling tidak enak dalam hidup.^{7,8,12,13}

Infertilitas dapat disebabkan oleh karena faktor organobiologik maupun faktor kondisi psikopatologik. Kemungkinan adanya interaksi atau peran sebab akibat dari stres terhadap infertilitas dipertimbangkan bukan saja oleh para peneliti dan dokter, tetapi pasien infertilitas sendiri. Pada saat ini fertilitas dipandang sebagai fungsi biologis dengan derajat yang lebih besar atau kecil, dimodifikasi oleh faktor personal dan sosial. Pernyataan ini sesuai dengan interpretasi akhir-akhir ini dari gangguan psikosomatik dimana komponen biologik, psikologik dan sosial ada pada proporsi yang berbeda-beda.¹⁴

Pasangan infertil dapat mengalami berbagai negatif seperti terkejut, menyangkal, cemas, takut, rasa terasing, depresi, rasa bersalah, frustrasi dan tidak ada pertolongan, perasaan inadekuat, hancur, marah, merasa gagal sebagai wanita atau pria, berduka dan rasa kehilangan, rasa terkutuk, perasaan tidak terkontrol dan resolusi. Ada juga wanita yang merasa seperti tidak berdaya atau lemah tubuhnya. Ada pria yang merasa dirinya sebagai 'penembak kosong', rasa berduka, kehilangan harga diri dan problem kesehatan serta merasa tidak jantan.^{7,9}

Dengan berkembangnya cara-cara penanganan pasangan infertil, maka harapan untuk mendapatkan anak meningkat dan stres karena infertilitas akan hilang.

Usaha-usaha ini dapat meningkatkan harapan untuk mendapatkan anak 50-60%. Banyaknya alternatif pengobatan membuat pasangan harus melakukan penyesuaian dan mengambil keputusan, namun dapat pula memperberat problem infertilitasnya. Menurut Abbey dan Keye, pemeriksaan dan pengobatan pasangan infertil merupakan stres yang besar. Pasangan akan merasakan beban fisik, emosi dan biaya yang besar, kadang-kadang waktu yang cukup lama, sebelum akhirnya anak yang diinginkan menjadi kenyataan atau bahkan tidak pernah menjadi kenyataan. Bahkan sering dipertanyakan sampai berapa lama pengobatan harus dilanjutkan bila menghadapi kegagalan lagi.^{3,15,16,17}

Meskipun banyak pasangan sukses dalam usaha dalam mengatasi krisis infertilitas, sebagian pasangan memerlukan bantuan berkaitan dengan hal-hal konfrontatif yang mereka hadapi. Dalam hal seperti di atas diperlukan peran profesional secara komprehensif untuk menolong pasien tidak saja untuk memberitahukan alternatif pengobatan dan kegunaan teknologi medis tetapi juga membantu menghindari regresi emosional dan tingkah laku.¹⁴

B. Rumusan Masalah

1. Apakah persepsi diri pada faktor internal wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
2. Apakah persepsi diri pada faktor keluarga wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
3. Apakah persepsi diri pada faktor masyarakat wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

- A. Membuktikan dan memperoleh informasi besar risiko persepsi diri pada faktor internal wanita dengan infertilitas terhadap kejadian sindrom depresi
- B. Membuktikan dan memperoleh informasi besar risiko persepsi diri pada faktor eksternal wanita dengan infertilitas terhadap kejadian sindrom depresi

- C. Membuktikan dan memperoleh informasi besar risiko persepsi diri pada faktor masyarakat wanita dengan infertilitas terhadap kejadian sindrom depresi

2. Tujuan khusus

- A. Membuktikan dan memperoleh informasi besar risiko persepsi diri pada faktor internal wanita dengan infertilitas terhadap kejadian sindrom depresi:

1. Apakah persepsi diri lama pasangan mencari pertolongan untuk hamil dan mendapatkan anak pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
2. Apakah persepsi diri besarnya keyakinan usaha bersama pasangan untuk membuahkan hasil pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
3. Apakah persepsi diri besarnya harapan membuahkan hasil pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
4. Apakah persepsi diri pada diri sendiri mengenai keadaan infertilitas ini pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
5. Apakah persepsi diri pada pendapat, bahwa wanita menikah harus memiliki anak pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
6. Apakah persepsi diri pada pendapat, bahwa wanita lebih utama untuk terjadinya terjadinya kehamilan pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
7. Apakah persepsi diri pada pendapat, secara biologis- psikis-sosial bahwa wanita memang harus mengandung dan melahirkan anak pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
8. Apakah persepsi diri pada pendapat, bahwa untuk berbahagia di dalam perkawinan anak yang diharapkan menjadi tujuan utama pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
9. Apakah riwayat sindrom depresi sebelumnya pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?

10. Apakah riwayat penggunaan Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Addiktif (NAPZA) pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?

B. Membuktikan dan memperoleh informasi besar risiko persepsi diri pada faktor keluarga wanita dengan infertilitas terhadap kejadian sindrom depresi:

1. Apakah persepsi diri kelekatan hubungan dengan ibu pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
2. Apakah persepsi diri kelekatan dengan ibu sebagai salah satu yang menyebabkan ingin menjalankan peran sebagai ibu, pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
3. Apakah persepsi diri infertilitas menyebabkan adanya konflik dan ketegangan emosi dengan suami pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
4. Apakah persepsi diri infertilitas menyebabkan dengan pasangan saling menyalahkan pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
5. Apakah persepsi diri biaya pengobatan infertilitas yang telah dikeluarkan pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
6. Apakah persepsi diri jumlah tes dan pemeriksaan pengobatan infertilitas pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
7. Apakah persepsi diri kepuasan kehidupan seksual pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
8. Apakah persepsi diri seringnya mendapatkan orgasme dalam hubungan seksual pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
9. Apakah persepsi diri kepuasan dengan kehidupan yang dijalani saat ini pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
10. Apakah persepsi diri belum adanya anak menyebabkan merasa kehilangan kebahagiaan perkawinan pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?

C. Membuktikan dan memperoleh informasi besar risiko persepsi diri pada faktor masyarakat wanita dengan infertilitas terhadap kejadian sindrom depresi:

1. Apakah persepsi diri tuntutan keluarga besar untuk segera memiliki anak pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
2. Apakah persepsi diri dukungan keluarga besar untuk memiliki anak pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
3. Apakah persepsi diri tuntutan lingkungan sosial segera memiliki anak pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
4. Apakah persepsi diri dukungan lingkungan sosial segera memiliki anak pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
5. Apakah persepsi diri pendapat masyarakat bahwa wanita tanpa memiliki anak berarti gagal berperan sebagai ibu pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
6. Apakah persepsi diri pendapat masyarakat bahwa wanita tanpa memiliki anak berarti perkawinan yang dijalani “tidak beres” pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
7. Apakah persepsi diri pendapat masyarakat bahwa wanita tanpa memiliki anak berarti ada yang salah dari pihak wanita pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
8. Apakah persepsi diri pendapat masyarakat bahwa wanita tanpa memiliki anak berarti ada yang salah dari pihak laki-laki pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
9. Apakah pengetahuan pribadi, norma suku bangsa responden tentang keharusan memiliki anak biologis pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?
10. Apakah pengetahuan pribadi, norma agama responden tentang keharusan memiliki anak biologis pada wanita dengan infertilitas primer merupakan faktor risiko kejadian sindrom depresi?

D. Manfaat penelitian

Identifikasi faktor-faktor risiko terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer didasar pada persepsi diri pada faktor internal, keluarga dan masyarakat.

Diharapkan sebagai masukan untuk bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan dalam rangka *Consultation Liaison Psychiatry (CLP)*, untuk mencegah terjadinya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer.

Terutama memperkecil risiko putus terapi pada pasangan yang menginginkan anak, karena lama, mahal dan rumitnya prosedur terapi infertilitas, dimana di dalam *CLP*, Psikiater bertugas sebagai dokter pendamping.

E. Orisinilitas penelitian

Pada penelitian oleh Hinggo dkk (1994). Didapatkan gejala depresi pada istri sebesar 86,4% dari pasangan infertil yang ingin mempunyai anak, dimana yang mengalami depresi ringan sebesar 25,8%, depresi sedang 40,9% dan depresi berat 19,7%. Sedangkan pada suami yang mengalami depresi sebesar 81,8%, dimana yang mengalami depresi ringan sebesar 54,5%, depresi sedang 25,8% dan depresi berat 1,5%.¹¹

Dari penelitian oleh Downey dan McKinney (1992) didapatkan 11% dari wanita infertil mengalami depresi berat yang dapat digolongkan episode depresi mayor, meskipun tidak ada perbedaan bermakna dengan kelompok kontrol. Pada kelompok kontrol yaitu wanita yang tidak diketahui problem infertilitasnya didapatkan 3,6% dengan episode depresi mayor.⁸

Selain ditemukannya kasus sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer, orisinalitas penelitian ini dilakukannya uji statistik antara kasus dan kontrol pada jawaban responden pada instrument pemeriksaan sindrom depresi *Zung Self Rating Depression Scale (ZSDS)*. Hal ini untuk memperkuat bahwa sindrom depresi tersebut secara statistik bermakna signifikan. Juga persepsi diri pada infertilitas sebagai stresor psikososial. Variabel-variabel yang diperiksa adalah variabel bebas digolongkan menjadi tiga golongan mayor yaitu: faktor Internal, Keluarga dan Masyarakat. Ketiga faktor ini diurai lagi menjadi faktor minor dengan berbagai variabel bebas yang menggambarkan lebih detail persepsi diri tersebut. Dilakukan uji statistik antara jawaban responden

dengan infertilitas primer dengan sindrom depresi dan infertilitas primer yang tidak mengalami sindrom depresi, sehingga didapatkan variabel-variabel bebas yang secara nyata berbeda antara keduanya. Sehingga variabel ini bisa menjadi identifikasi faktor risiko yang bermakna yang mempengaruhi kejadian sindrom depresi pada infertilitas primer pada penelitian berikutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Istilah infertilitas bagi orang awam nampaknya mempunyai konotasi suatu keadaan akhir. Secara umum infertilitas diartikan sebagai kurangnya kesuburan selama masa reproduksi. Sterilitas adalah keadaan infertilitas yang absolut. Infertilitas atau subfertilitas didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk mengandung setelah setahun atau lebih berhubungan seksual teratur tanpa kontrasepsi atau ketidakmampuan hamil sampai melahirkan anak hidup.^{3,18,19,20,21}

Infertilitas primer artinya tidak pernah ada riwayat terjadinya konsepsi. Juga di definisikan, Infertilitas Primer adalah istri belum pernah hamil walaupun besenggama dan dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan selama 12 bulan.^{1,10,21}

Infertilitas sekunder adalah kegagalan melahirkan anak setelah sebelumnya melahirkan satu atau lebih anak,³⁸ atau kehamilan yang tidak dapat mencapai 9 bulan, termasuk wanita dengan abortus spontan atau induksi dan tidak mempunyai anak yang hidup.^{1,10,21}

Unexplained infertility adalah infertilitas yang masih belum dapat diterangkan dan setelah dilakukan pemeriksaan tuntas, tidak ditemukan penyebab anatomis, fisiologis atau patologis.⁶

Skinner (1953), yang dikutip Suhartono Paat dkk, yang mewakili sebagian besar psikolog Amerika. Menegaskan untuk kembali pendekatan *stimulus – response relationship*. Setelah melalui perjalanan panjang akhirnya batasan psikologi berkembang menjadi ilmu yang mempelajari perilaku dan berbagai proses yang mendasari perilaku, yaitu proses fisiologis dan proses kognitif. Skinner menyadari bahwa *behavior* tidak terlepas dari *internal mental events* yang sangat pribadi sehingga bersifat subyektif dan sulit untuk dikaji secara ilmiah. Selanjutnya *internal mental events* tersebut dikonsepkan sebagai proses kognitif sebagai hasil proses pembelajaran (*learning process*) di otak, yang menentukan kesesuaian respons individu terhadap stimulus yang diterima.²²

Menurut Cox (1995), untuk mendefinisikan istilah stres sangat sulit mengingat istilah tersebut digunakan untuk menggambarkan berbagai hal yang beragam. Namun yang perlu difahami bersama bahwa stres tidak harus mempunyai konsekuensi kondisi

yang patologis. Banyak individu yang merespon sumber stres secara psikologis dan fisiologis sebagai suatu pengalaman yang menyenangkan dan tidak mengganggu batas keseimbangan. Ada tiga pendekatan yang digunakan untuk memakai istilah stres, yaitu (1) pendekatan rekayasa (*engineering approach*), (2) pendekatan medikofisiologis (*medicophysiological approach*), dan (3) pendekatan psikologis (*psychological approach*)²³.

1. Pendekatan Rekayasa

Menurut rekayasa, stres merupakan istilah yang menggambarkan karakteristik stimulus di lingkungan hidup yang tidak menyenangkan atau merusak. Dengan demikian stres merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan karakteristik lingkungan yang tidak kondusif untuk tempat tinggal makhluk hidup dan istilah stres digunakan menamakan penyebab atau stimulus yang mengakibatkan reaksi menegangkan (*a strain reaction*)

2. Pendekatan Medikofisiologis

Pendekatan medikofisiologis diperkenalkan oleh Hans Selye, berdasar kajian yang dilakukan mulai tahun 1950 sampai tahun 1956. Menurut pendekatan medikofisiologis, stres merupakan kondisi yang ditunjukkan oleh sindrom yang spesifik, yang berisi semua perubahan yang nonspesifik dari sistem biologis. Dengan kata lain, stres merupakan kondisi spesifik yang didasari oleh perubahan biologis yang tidak spesifik. Hans Selye seseorang ahli ilmu faal, memaknai stres sebagai perubahan biologis.

3. Pendekatan Psikologis

Pendekatan psikologis memahami stres sebagai istilah yang digunakan untuk menggambarkan hasil interaksi dinamis antara individu dengan lingkungannya, yang melibatkan kognisi dan emosi. Kognisi merupakan suatu pemahaman hasil proses pembelajaran sedang emosi merupakan pencerminan perasaan individu. Pendekatan psikologis ini memperhatikan kompleksitas *internal events* yang terjadi pada manusia pada saat berinteraksi dengan lingkungannya.

Sebagian besar transaksional tentang stres memfokuskan pada proses kognitif yang mendasari interaksi individu dengan lingkungannya. Menurut model transaksional,

stres merupakan kondisi psikologis yang melibatkan kedua aspek, baik kognisi dan emosi. Cox pada tahun 1978, membagi proses stres menjadi lima tahap, yaitu:

1. Hal yang dipermasalahkan, yang menggambarkan berbagai sumber permintaan yang dihadapi oleh individu.
2. Persepsi individu terhadap permintaan yang terkait dengan kemampuan untuk memenuhi permintaan, yang menggambarkan efektivitas mempersepsi permintaan tersebut. Stres digambarkan sebagai kondisi psikologis yang muncul ketika terjadi ketidakseimbangan antara persepsi individu terhadap tersebut.
3. Perubahan psikologis dan fisiologis yang dikaitkan dengan kondisi stres dan termasuk pengelolaan permintaan menggambarkan tahap ketiga.
4. Tahap ini terfokus kepada konsekuensi pengelolaan tersebut
5. Pada tahap ini terjadi pengaruh balik terkait dengan tahap yang lain²³

Pemahaman *stress perception* dan *stress response* merupakan dua bentuk stres yang menempatkan stres sebagai istilah untuk menggambarkan respons terhadap stimulus atau stresor. Persepsi merupakan seleksi, organisasi dan interpretasi dari stimuli.²⁴ Konsep stres demikian dapat menyambung konsep stres menurut pendekatan psikologis dan pendekatan medikofisiologis.

Cox (1995), menyatakan bahwa individu yang merespon stresor akan mempersepsi stresor tersebut. Dalam psikologi dibedakan antara sensasi dan persepsi. Sensasi merupakan perangsangan organ sensoris, sedang persepsi merupakan seleksi, organisasi, interpretasi dan mengartikan sensasi yang diterima. Selain itu dikenal kognisi sebagai hasil dari proses *learning*. Istilah *learning* diartikan sebagai perubahan perilaku atau pengetahuan yang relatif tahan lama. *Classical conditioning* merupakan jenis *learning* terhadap stresor yang didapat, seperti yang dilakukan oleh Pavlov.²⁴

Berdasarkan konsep yang ada, *learning* dapat mengubah pengetahuan atau perilaku, dan persepsi merupakan proses seleksi, organisasi, interpretasi dan mengartikan sensasi yang diterima organ sensoris. Persepsi merupakan *simple mental image* yang menghasilkan konsep terhadap sensasi organ sensoris. Dengan demikian maka persepsi ini merupakan sebagian dari proses *learning* yang menyebabkan perubahan pengetahuan

atau mendapatkan konsep baru yang dapat menyempurnakan atau mengubah pengetahuan terdahulu. Persepsi tersebut selanjutnya akan mengubah perilaku individu.²⁴

Uraian tersebut memberi informasi tentang pengertian suku kata *psycho* yang menggambarkan proses persepsi, yang juga dimaknai sebagai *stress perception*.²³ Perubahan perilaku merupakan respons terhadap *stress perception* tersebut, dan selanjutnya disebut sebagai *stress response*.²⁵

Jelas kiranya bahwa *stress perception* merupakan tahap awal dalam mengartikan sumber stres atau stresor yang diterima organ sensoris (sensasi) dan menentukan ketepatan stres respon terhadap stresor tersebut. Berdasar asumsi, bahwa *stress perception* menyebabkan ketepatan stres respon terhadap sumber stres (stresor) maka *stress perception* yang masih konseptual ini dapat diempirikan melalui pengukuran *stress response*, yaitu perubahan biologis dari semua sistem yang terkait dengan ketahanan tubuh. Semua sensasi yang diterima oleh organ sensoris akan dipersepsi oleh individu. Selanjutnya individu yang menerima stresor akan mempersepsi stresor tersebut dan akan merespon stresor sehingga mencapai keseimbangan baru (*eustress*) atau menyebabkan gangguan keseimbangan (*distress*).^{22,23,24,25}

Istilah Depresi sering digunakan dalam pengertian yang rancu, dapat berarti mulai dari suatu keadaan alam perasaan biasa dialami seseorang pada waktu-waktu tertentu, sampai keadaan suatu keadaan yang tergolong gangguan jiwa yang berat.

Gambaran utama dari semua keadaan depresi tersebut adalah suasana perasaan “murung” (yang dapat mencapai perasaan “sedih” yang mendalam) dan kehilangan minat (*interest*) melakukan sesuatu atau kehilangan gairah (*pleasure*) dalam kehidupan sehari-hari. Keadaan ini biasanya disebut juga sebagai *Depressive Mood*.²⁶

Bila keadaan tersebut sudah mencapai pada suatu taraf yang disertai dengan gangguan fungsional, seperti gangguan tidur, gangguan makan, gangguan konsentrasi pikiran, gangguan aktifitas sehari-hari, dll., dan memberikan dampak terhadap kesejahteraan hidup pribadi, melaksanakan pekerjaan dan hubungan dengan orang lain, maka keadaan itu disebut Sindrom Depresi.²⁶

Jadi pengertian depresi harus dibedakan antara :

1. Suasana perasaan depresi (*Depressive Mood*)
2. Sindrom depresi (*Depressive Syndrome*)

3. Gangguan Depresi (*Depressive Disorder*)

Suasana perasaan depresi adalah variasi suasana perasaan yang biasa dialami dalam kehidupan seseorang seiring dengan keadaan yang dihadapi. Misalnya reaksi duka atas kematian seseorang yang sangat dicintai.

Sindrom depresi sebagai suatu *clinical entity* yang dapat timbul dari berbagai keadaan dan bermanifestasi dalam bentuk yang berkaitan dengan hampir semua spesialisasi kedokteran klinis, serta memberikan dampak yang luas terhadap kesejahteraan hidup penderita. Sehingga pengelola terapi yang tepat dan adekuat sangat dibutuhkan.

Gangguan depresi yang merupakan salah satu Gangguan Psikiatri perlu dikenali sedini mungkin dan perkembangan obat psikotropik baru menunjukkan kemajuan yang sangat berarti dalam memperbaiki fungsi-fungsi mental penderita dan meningkatkan kualitas hidup serta taraf kesehatannya.

Penggolongan Sindrom Depresi dari pertimbangan klinis-praktis, dapat digolongkan sebagai berikut:²⁶

1. Sindrom Depresi Psikik (*Psychic Depressive Syndrome*)

Sindrom Depresi berkaitan secara kausal dengan factor intrapsikik/gangguan psikologik, baik yang endogen maupun yang non-endogen

- Gangguan efektif Unipolar (*Melancholia*)
- Gangguan Afektif Bipolar episode Depresi
- Gangguan Distimik (*Neurotic Depression*)
- Gangguan kepribadian Siklotimik

2. Sindrom Depresi Organik (*Organic Depressive Syndrome*)

Sindrom depresi berkaitan secara causal dengan factor organik/obat /zat tertentu.

- Penggunaan obat/zat : - antihipertensi reserpine, B blocker
- ketergantungan alkohol
- neuroleptika, antirematika, kontrasepsi (progesterone), dll
- Penyakit : - hipothyroidism
- neoplasma (tumor paru-paru, payudara, pancreas, dll)
- postpartum, dll

3. Sindrom Depresi Situasional (*Situasional Depressive Syndrome*)

Pada kelompok ini sindrom depresi muncul berhubungan erat dengan adanya stresor psikisosial, yang biasanya berbentuk kehilangan (*losses*) sesuatu yang sangat bermakna secara psikologik, baik yang sifatnya material maupun non material (*social support*).

- Gangguan penyesuaian dengan gejala depresi
- Reaksi berkabung (*grief reaction*) dengan komplikasi

4. Sindrom Depresi Penyerta (*Concomitant Depressive Syndrome*)

- Gangguan jiwa yang disertai dengan sindrom depresi
misal: Gangguan obsesi-kompulsi, Panik, Dementia, Skizofrenia
- Gangguan fisik yang disertai dengan sindrom Depresi
 - Penyakit fisik yang akut dan dramatis : stroke, MCI, dll
 - Penyakit fisik yang prognosis buruk : kanker, AIDS, dll
 - Penyakit fisik dengan cacat berat : paraplegia, dll

B. Epidemiologi

Menurut Templeton dan Penney (1982), yang dikutip Edelmann dkk, insidensi infertilitas berdasarkan 17 studi klinik selama 40 tahun berkisar antara 6-60%.²⁷ Prevalensi infertilitas bervariasi di berbagai belahan dunia, pada berbagai kelompok etnik dan berbagai wilayah pada negara yang sama. Diperkirakan 10-15% dari pasangan usia subur.^{3,8,9,19,21}

Di Afrika Barat tercatat 50% dan di Amerika Serikat diperkirakan 10-12% dari semua perkawinan dalam masa subur mengalami infertilitas.¹⁹

Diduga bahwa prevalensi infertilitas makin meningkat meskipun hanya sedikit data penunjang. Obyektif yang ada. Dugaan diatas berdasarkan meningkatnya penyakit gonorrhea, adanya infeksi panggul karena pemakaian IUD atau pemaparan oleh toksin, juga karena kecenderungan menunda kehamilan untuk mencapai pendidikan atau karier yang lebih tinggi.¹⁶

Angka infertilitas menunjukkan perbandingan antara jumlah wanita yang pernah kawin dan tidak mempunyai anak dengan jumlah wanita yang pernah kawin dan mempunyai anak. Dari sensus penduduk tahun 1970, angka infertilitas di Indonesia sebesar 12,1%, tahun 1980 15,57%.^{4,11,21}

Benedek menyatakan bahwa 40-80% dari kasus-kasus infertilitas mempunyai beberapa sebab bersama, baik bersumber dari pihak suami maupun pihak istri.⁶ Sedangkan Amar Lana mengatakan bahwa 30-40% akibat faktor pria, 20% faktor pria dan wanita. Berg dkk. Dan Williams dkk. Mengatakan 35% karena faktor pria, 35% karena faktor wanita, 20% karena keduanya dan 10% tidak diketahui penyebabnya.^{4,5,21,28} Klempner LG mengatakan 40% infertilitas karena faktor pria, 40% karena faktor wanita, 15-30% karena banyak faktor.¹⁸ Perkembangan prosedur pemeriksaan dan neuroendokrinologi menyebabkan turunnya perkiraan faktor psikologik sebagai penyebab.²⁷ Insidensi *unexplained infertility* tidak diketahui karena tidak pernah dilakukan survei berdasarkan populasi.⁶

Lamanya waktu yang diperlukan untuk menghasilkan kehamilan menunjukkan bahwa 32,7% hamil dalam satu bulan pertama, 57,0% dalam 3 bulan, 72,1% dalam 6 bulan, 85,4% dalam 12 bulan, dan 93,4% dalam 24 bulan. Waktu median yang diperlukan untuk menghasilkan kehamilan ialah 2,3 bulan sampai 2,8 bulan. Makin lama pasangan itu kawin tanpa kehamilan, makin turun kejadian kehamilannya. Oleh karena itu, kebanyakan dokter baru menganggap ada masalah infertilitas kalau pasangan yang ingin punya anak itu telah dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan lebih dari 12 bulan.²¹

Menurut Williams, penyebab infertilitas dalam populasi dalam berdasarkan pasangan yang datang ke klinik spesialis adalah sebagai berikut.²⁹

1. <i>Ovulatory failure</i>	21%	6. <i>Other male infertility</i>	2%
2. <i>Tubal damage</i>	14%	7. <i>Coital failure</i>	6%
3. <i>Endometriosis</i>	6%	8. <i>Unexplained</i>	28%
4. <i>Mucus defect</i>	3%	9. <i>Others</i>	11%
5. <i>Sperm defect</i>	24%		

Total presentasi lebih dari 100% karena sekitar 15% dari pasangan mempunyai kausa ganda. Sedangkan penyebab infertilitas pria terbanyak dari survei Greenbery dkk.

(1978), yang dikutip Amar Lama, adalah varicocele 37,4% dan kedua adalah idiopatik 25,4%.²⁸

Bukti menunjukkan bahwa 5% pasangan infertil dapat menjadi hamil tanpa bantuan medis.⁹ Dengan pengobatan, 50-60% dari kasus infertilitas dapat menjadi hamil,^{10,19} bahkan ada yang mengatakan 70-80% kasus dapat diobati.¹⁵ Penelitian jangka panjang menunjukkan bahwa 30-40% akan mampu melahirkan setelah pengobatan selama 7 tahun. Satu dari 6 pasangan bahkan 40-50% gagal mengusahakan kehamilan setelah pengobatan.^{9,15} Angka kehamilan dari *unexplained infertility* yang pernah dilaporkan oleh Southem (1960), seperti yang dikutip Ayub Sani Ibrahim, adalah sebesar 50%.⁶ Persentasi pasangan yang mengadopsi dan akhirnya dapat menjadi hamil sama dengan presentasi dari pasangan yang tidak mengadopsi anak tetapi terus berobat dan akhirnya dapat hamil.⁹

C. Etiologi

1. Faktor Organobiologik

Menurut Schenker dkk. Infertilitas secara umum dapat disebabkan oleh faktor tunggal atau multipel. Biasanya diklasifikasikan sebagai berikut :¹

1. Kegagalan ovulasi.
2. Faktor mekanis, termasuk patologi tuba dan peritoneal yang menyebabkan gangguan pengeluaran ovum, transportasi, pembuahan dan transport preembrio.
3. Faktor uterus : perlekatan, tumor.
4. Faktor serviks : anomali serviks, kelainan mukus.
5. Faktor pria
6. Gangguan emosi dan gangguan seksual.
7. Faktor imunologi
8. *Unexplained*
9. *Multifunctional factor*

Pada wanita. Kelainan pada wanita dapat terjadi pada ovum, tuba dan serviks. Juga dapat terjadi kelainan pada vagina, uterus, peritoneum.^{13,29}

Ada 3 kelainan utama pada wanita infertil : gangguan ovulasi, yaitu tidak dapat menghasilkan dan melepaskan ovum yang matang karena kelainan hormonal atau kelainan ovarium, hambatan pada jalan yang seharusnya dilewati sperma, ketidakmampuan untuk implantasi ovum yang sudah dibuahi.^{16,29}

Kelainan ovulasi merupakan bagian integral pada pemeriksaan infertilitas karena kehamilan tidak terjadi tanpa ovulasi.

Kelainan ovulasi dibagi menjadi 5 macam :¹

1. Amenorrhoea primer : Kegagalan menstruasi sampai umur 18 tahun.
2. Amenorrhoea sekunder : Tidak mengalami menstruasi selama 6 bulan atau lebih pada wanita dengan riwayat menstruasi sebelumnya.
3. Oligomenorrhoea : Menstruasi yang jarang terjadi tiap 6 minggu sampai 6 bulan, dengan ovulasi atau tanpa ovulasi.
4. Siklus anovulasi : Siklus menstruasi normal tetapi tidak terjadi ovulasi.
5. Ovulasi terjadi tetapi ovum terperangkap di folikel.

Amenorrhoea sekunder dan oligomenorrhoea terjadi, karena kelainan endokrin pada sumbu hipotalamus-hipofise-ovarium. Penyebabnya dapat berupa stres, penambahan berat badan atau obesitas dan penyakit lain, misal: anorexia nervosa, tumor hipofise, kelainan kelenjar adrenal atau kelenjar tiroid, pemakaian obat-obatan, polikistik ovarii. Siklus menstruasi normal tetapi tidak terjadi ovulasi dapat terjadi pada LUF syndrome (*Luteinized unruptured follicle*) dan sering berhubungan dengan endometriosis.¹

Implantasi membutuhkan perkembangan yang adekuat dari fase sekresi dari endometrium. Gangguan pada fase luteal menyebabkan kegagalan implantasi atau abortus masa dini kehamilan. Etiologinya belum diketahui dengan jelas tetapi problem ada pada separuh siklus pertama dengan perkembangan folikel yang tidak sempurna.¹

Kelainan tuba berupa anomali kongenital, kerusakan tuba atau terjadinya sumbatan. Yang sering terjadi adalah karena infeksi yang menyebabkan penumpukan cairan (*hydrosalping* atau *pyosalping*) pada akhir fimbriae, dapat juga terjadi kerusakan cilia dan fibrosis dinding tuba. Infeksi dapat terjadi karena Penyakit Menular Seksual (*Sexual Transmitted Disease*), infeksi mycoplasma, virus, bakteri anaerob,

tuberkolosis tuba, infeksi karena pemakaian alat kontrasepsi, setelah abortus, infeksi post masa puerperium. Perlekatan tuba terjadi pada peritonitis, *appendicitis*. Kelainan tuba terjadi pada kira-kira 20%-50% kasus infertil.¹³

Masalah *cavum uteri* mempengaruhi transportasi spermatozoa, konsepsi dan nidasi. Kelainan dapat berupa fibroid intramural atau *submucosal*, myoma, polip, peradangan endometrium, perlekatan total atau sebagian dinding *cavum uteri*, kelainan kongenital, gangguan kontraksi uterus.¹³

Gangguan pada serviks yang dapat menghambat penetrasi sperma, berupa infeksi serviks, hambatan kanalis servikalis, abnormalitas lendir serviks, malposisi serviks reaksi antibodi anti sperma pada mukus serviks atau efek progesteron. Kelainan anatomi yang dapat menyebabkan infertilitas berupa atresia, polip serviks, stenosis, sinekia.¹³

Masalah pada vagina berupa sumbatan atau peradangan. Sumbatan anatomik dapat karena bawaan atau perolehan karena infeksi. Sumbatan psikogen berupa disfungsi seksual dapat juga menyebabkan infertilitas misalnya : vaginismus, dispareunia.^{13,30} Infeksi vagina bukan merupakan masalah serius pada infertilitas. Dari hasil penelitian Bedford diketahui bahwa penghancuran sperma setelah diejakulasi tidak menghalangi terjadinya kehamilan. Karena itu vaginitis tidak menjadi masalah infertilitas.³⁰

Masalah peritoneum berupa adanya kelainan tuba seperti hidrosapling, fimosis tuba, perlekatan tuba yang mengganggu pergerakan fimbriae atau menahan ovarium di belakang ligamentum latum, atau adanya endometriosis. Endometriosis terjadi pada 30% istri pasangan infertil.³⁰

Pada pria. Kebanyakan pria yang subfertil adalah normal secara fisiologis dan anatomis, sehingga etiologinya sulit ditetapkan. Faktor penyebab infertilitas pada pria adalah kelainan produksi sperma, kelainan produksi plasma seminal, kelainan transportasi sperma, faktor hormonal, kegagalan mengeluarkan sperma saat intercourse atau ketidakmampuan sperma untuk membuahi ovum, abnormalitas genitalis.^{16,28,29}

Penyebab disfungsi testis dapat dibagi menjadi :²⁸

1. Faktor lingkungan karena pemaparan pada bahan-bahan yang merugikan, obat-obatan, bahan kimia, obat sitotoksik, insektisida, radiasi, stres emosional.
2. Penyakit sistematis, endokrinopati, infeksi, gangguan pembuluh darah.

3. Genetik dan gangguan perkembangan.
4. Faktor iatrogenik seperti panas karena operasi, kemoterapi dan terapi androgenik.

Kelainan pada sperma (azoospermia atau oligospermia) dapat disebabkan oleh karena *varicocele*, infeksi testis dan kelenjar prostat, obstruksi duktus antara testis dan *vasiculus seminalis*, trauma fisik atau radiasi, abnormalitas genitalis, kelainan hormonal, kegagalan spermatogenesis. Aspermia dapat disebabkan oleh gangguan endrokin, *retrograde ejaculation* dan impotensia. Penyebab OTA *syndrome* (oligospermia, teratospermia dan asthenospermia) yang paling sering adalah hipoplasia testis primer pada *undecended* testis, atrofi testis karena trauma, inflamasi, radiasi, obat-obatan, nikotin, bahan kimia, panas dan *varicocele*.^{1,29}

2. Faktor Psikobiologik

Konflik tentang kehamilan mempengaruhi monoamin dan hormon yang menyebabkan infertilitas melalui perubahan seminal dan ovulasi. Penelitian menunjukkan bahwa stres menurunkan jumlah sperma dan menurunkan kadar tesosteron. Pada wanita terdapat hubungan antara konflik dengan kadar estrogen.⁴

Menurut Taymor (1990), yang dikutip Rosenthal MB, proses ovulasi dapat dipengaruhi oleh *hipothalamus-pituitary-axis* dengan hasil anovulasi, ovulasi tak teratur, defisiensi progestational atau spasme tuba. Ada bukti bahwa hubungan emosi dan perilaku seksual dipengaruhi oleh sumbu adrenal-hipofise³⁰

Menurut Dimic dkk. (1971), Lubke (1971) dan Stolevic (1971), yang dikutip Hudono ST, ketidak-seimbangan jiwa dan kecemasan / ketakutan yang berlebihan dapat menurunkan derajat kesuburan wanita.³¹

Pada keadaan depresi dapat terjadi penurunan produksi hormon FSH (*Follicle Stimulating Hormone*) dan LH (*Luteinizing Hormone*) dari Hipofise anterior, sehingga tidak ada ovum yang masak siap untuk dibuahi. Ketakutan dan depresi dapat mempengaruhi terjadinya amenorhoe atau ovulasi saat menstruasi, mempengaruhi perubahan keasaman vagina dan menyebabkan kematian sperma ; menghalangi implantasi oleh pergerakan ireguler uterus ; gangguan sistim saraf otonom menyebabkan spasme tuba dan gangguan peristaltik tuba.^{2,12,31}

a. Prolaktin

Mai (1972) dan Fluckiger (1982), yang dikutip Ayub Sani Ibrahim, menyatakan bahwa kondisi psikopatologi akan menimbulkan perubahan pada neurotransmitter dopamin yang terdapat di otak. Dopamin yang berada dan mempunyai reseptor di tubero-infundibulair mempunyai peranan yang penting dalam mengatur keseimbangan hormonal secara neuro-anatomik dan fisiologik. Demikian pula pengaruh yang timbul terhadap hormon prolaktin.⁴

Melalui sinap-sinap tertentu, dopamin akan tiba di hipotalamus. Dengan koordinasi serta kontrol yang dilakukan hipotalamus, dopamin sampai ke hipofisis melalui sistem portal. Di dalam organ hipofisis, dopamin akan mempengaruhi sintesa dan sekresi prolaktin, melalui mekanisme hambatan dan pelepasan oleh *Prolactin Inhibition Factor* (PIF) dan *Prolactin Release Factor* (PRF). Sintesa dan sekresi prolaktin melalui interaksi protein leusin dan membran RNA yang akan membentuk granula prolaktin dan polimorf. Bila granula ini bersinggungan dengan membran sel, maka akan dilepaskan hormon prolaktin. Penurunan kadar dopamin akan diikuti dengan penurunan PIF yang akan mengakibatkan lepasnya hambatan terhadap sintesa dan sekresi prolaktin, sehingga produksi prolaktin akan berlebihan. Peningkatan kadar prolaktin dalam darah (Hiperprolaktinemia) mungkin menyebabkan infertilitas melalui mekanisme : 1) Kadar dopamin yang telah meningkat yang akan menekan pelepasan GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon) ; 2) Penekanan gonadotropin ; 3) Pada cairan folikuler akan menekan pembentukan steroid folikuler yang akhirnya menimbulkan gangguan siklus menstruasi yang dapat menyebabkan infertilitas. Kadar normal rata-rata hormon prolaktin sebesar 5-25 nanogram / ml dapat diperiksa dengan cara Radio Imuno Assay.³²

Buckman dkk, yang dikutip Irmansyah, ada 3 hipotesis tentang psikopatologi hiperprolaktinemia : 1. Hiperprolaktinemia mempunyai efek langsung pada susunan syaraf pusat sehingga langsung menimbulkan stres. 2. Hiperprolaktinemia menimbulkan keadaan distress secara tak langsung melalui efeknya terhadap hormon gonadotropin dan/atau hormon adrenal. 3. Hiperprolaktinemia dan keadaan stres adalah hal yang berdiri sendiri akibat dari penurunan aktifitas dopamin di otak.³³

Fava dan Guaraldi (1987), yang dikutip Edelmann dkk, menemukan derajat peningkatan prolaktin berhubungan dengan kualitas dan intensitas stres yang dirasakan

meningkatkan sekresi ACTH. Hormon glukokortikoid dan somastatin menurunkan NA (Noradrenalin) dan A (Adrenalin) di medulla adrenal ; 2) CRF, NA dan A hormon di atas adalah sebagai berikut : 1) hormon glukokortikoid meningkatkan konversi (*Corticotropin Releasing Factor*) yang diproduksi di hipotalamus. Interaksi hormon-korteks adrenal dan pembesaran korteks. Pelepasan ACTH dipengaruhi positif oleh CRF menyebabkan meningkatkan pelepasan dan biosintesa dari hormon glukokortikoid dari (*Adrenocorticotrophic Hormone*) dari hipofise anterior. Peningkatan konsentrasi ACTH hipotalamus-hipofise-adrenal juga dipengaruhi oleh stres dan akan melepaskan ACTH meningkatkan pelepasan adrenalin dan noradrenalin di darah dan otak. Sumbu stres meningkatkan aktifitas sistem syaraf simpatik dan medula adrenal yang efek pada sistem reproduksi.³³

Sudah menjadi keyakinan bahwa temperamen syaraf, khususnya kecemasan hebat untuk mempunyai anak akan menurunkan fertilitas. Stres fisik dan emosi menimbulkan

b. Katekolamin

kejadian yang sama mungkin tidak dirasa sebagai stres secara psikologik dan terhadap kejadian. Suatu kejadian dapat mengakibatkan respon biologik, sementara maksimal pada penelitian. Kecemasan sebagai respons bergantung pada persepsi individu ciri kejadiannya. Oleh karena itu penting untuk menentukan saat respon psikologik kadar prolaktin adalah akibat cara tiap individu bereaksi terhadap stres daripada karena kejadiannya. Dari hasil ini dapat dikatakan bahwa pengaruh stres pada peningkatan konsentrasi prolaktin dengan keadaan cemas, tetapi tidak berhubungan dengan ciri peningkatan kadar prolaktin plasma pada wanita infertil dan ada hubungan positif antara Harper dkk. (1985), yang dikutip Edelmann dkk, melaporkan bahwa terdapat dari ciri dan keadaan cemas pada kelompok pasien dengan *Unexplained Infertility*.⁶ Harrison dkk. (1984), dalam Edelmann dkk, mendapatkan skor yang lebih tinggi sementara yang dapat menyebabkan infertilitas.²⁷

perbedaan reaksi stres pada individu infertil. Stres menyebabkan hiperprolaktinemi yang tidak terbiasa dan karena itu tetap merasakannya sebagai stres. Ini menerangkan individu. Pengurangan respon prolaktin terhadap stres mungkin tidak terjadi pada mereka

Daerah panggul kaya akan inervasi syaraf autonom. Inervasi autonom mengontrol darah ke ovarium, kontraksi ovarium, besarnya folikel dan ovulasi. Semua yang mensekresi dalam ovarium berisi reseptor *beta-adrenergik*. Aktivasi reseptor *beta-adrenergik* mempengaruhi perkembangan folikel dan sekresi hormon. Reseptor-reseptor ini diatur ke bawah oleh epinefrin dan kortikosteroid dan diatur ke atas oleh LH dan prolaktin. Daerah *ampulo-isthmic junction* dan *uterotubal junction* pada *oviduct* kaya akan syaraf autonom. Ketegangan syaraf autonom dapat mempengaruhi transportasi ovum dan di uterus dapat mempengaruhi implantasi.³²

c. Inervasi syaraf autonom

Pada pria, keadaan psikis mempengaruhi kelenjar gonad sehingga kualitas sperma dapat terpengaruh. Dalam keadaan stres emosional dapat terjadi oligospermia mekanismenya sama dengan wanita yaitu produksi hormon FSH dan LH menurun. FSH merangsang testis untuk spermatogenesis dan LH merangsang sel interstitial untuk sekresi tesosteron. Pemberian epinefrin (adrenalin) secara intravena pada pria yang sehat mengakibatkan penurunan tesosteron secara bermakna dan ini secara fisiologi menurunkan terjadinya oligospermia. Keadaan yang sama terjadi pada sekresi yang berlebihan dari kelenjar adrenal sehingga memproduksi epinefrin dan kortikoid yang akan mempengaruhi korteks, hipotalamus, hipofisis atau secara langsung ke testis.²

sekreasi ACTH. 3). CRF merangsang aktifitas noradrenergik sentral. Siklus menstruasi normal dipertahankan oleh pelepasan GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*) yang pulsatif dari hipotalamus. Sekresi katekolamin dalam jumlah tertentu menyebabkan pelepasan GnRH yang selanjutnya akan mengatur ovulasi. Dopamin sebagai precursor NA berfungsi sebagai kunci di hipotalamus dan glandula hipofise. Ada interaksi axo-axonic antara dopamin dan terminal syaraf GnRH sehingga dopamin mempunyai efek menghambat sekresi GnRH. Hambatan pada reseptor dopaminergik menyebabkan peningkatan kadar LH, diperkirakan sebaliknya bahwa hambatan terhadap LH disebabkan oleh peningkatan aktifitas dopamin.³²

Istilah imunitas dalam imunologi dimaksudkan untuk menamakan kondisi individu yang terproteksi dari patogen atau berbagai molekul asing (Goldsbey, 2000). Seperti telah diketahui bersama, imunitas ini untuk mencerminkan hasil respons imun adaptif. Pada perkembangan lanjut istilah imunitas digunakan sekedar untuk menamakan respons imun

f. Imunologi

Hormon melatonin disekresi oleh glandula pinealis. Selama siang hari sekresi hormon ini minimal. Pada saat gelap sistem saraf simpatis sentral menjadi aktif dan melepas NA ke sel parenkim pineal yang mulai membentuk dan melepas melatonin. Stres, latihan terus menerus dan puasa menyebabkan peningkatan akut dari melatonin. Peningkatan sekresi melatonin jangka panjang dapat menyebabkan amenorhea. Mekanisme dan tempat kerja melatonin masih belum diketahui pasti. Diduga bahwa efek melatonin dalam susunan saraf pusat adalah dengan menekan respons hipofise terhadap GnRH atau dengan menghambat sekresi pulsatif GnRH. Cairan follikuler ovarium preovulasi menunjukkan peningkatan konsentrasi dari melatonin yang menyebabkan pengaturan langsung *ovarian steroidogenesis*.³²

e. Melatonin

Beta-hipoprotein pertama ditemukan tahun 1964. Proopiomelanantonin dari hipofise dipecah menjadi precursor ACTH dan beta-lipoprotein. Beta-lipoprotein tidak mempunyai efek opiat tetapi lanjut dipecah menjadi enkephalin, alfa-, beta-, dan gamma-endorphin dan -dynorphins. Stres dan latihan berat menyebabkan peningkatan kadar opiat endogen. Beta-endorphin berperan melalui pengaturan kardiovaskular dan respirasi, homeostasis suhu, persepsi nyeri dan mood. Beta-endorphin mengatur hormon yang bertanggung jawab mengatur siklus menstruasi dan beta-endorphin sendiri diatur oleh hormon seks. Peningkatan endorpin menyebabkan penurunan kadar LH. Penurunan kadar LH adalah akibat dari supresi GnRH di hipotalamus. Beta-endorphin dan dynorphins adalah opiat yang paling kuat pengaruhnya pada sekresi GnRH, secara langsung mempengaruhi pelepasan GnRH dan juga melalui peningkatan konsentrasi NA yang mengatur sekresi GnRH.³²

d. Opiat endogen

adaptif saja, namun juga untuk respons imun alami. Imunitas alami terdiri dari empat perlindungan, yaitu perlindungan anatomi, fisiologis, inflamasi dan fagositosis. Keempat perlindungan tersebut tidak semata-mata merupakan kinerja sistem imun, namun juga kinerja dari sistem lain yang terkait. Imunitas adaptif, seperti yang telah diketahui sampai saat ini, terdiri dari imunitas humoral (*humoral immunity*) dan imunitas seluler (*cellular mediated immunity*). Dengan demikian maka istilah imunitas dipersepsi sebagai istilah yang digunakan untuk menamakan kondisi protektif yang ditimbulkan oleh semua sistem pertahanan tubuh, baik alami dan adaptif. Persepsi baru ini telah menyempurnakan ketahanan tubuh, baik alami dan adaptif. Persepsi baru ini telah menyempurnakan persepsi lama yang dianut oleh para ahli imunologi sebelumnya.²²

Dengan demikian maka perubahan *stress response* yang berupa perubahan biologis dari berbagai sistem yang terkait dengan ketahanan tubuh, yang mencerminkan *stress perception* individu yang mendapat stresor, pada hakekatnya juga merupakan imunitas. Penggunaan istilah imunitas menjadi semakin luas sebab imunitas meliputi ranah *stress perception* dan *stress response* dari semua sistem yang terkait dengan ketahanan tubuh.²²

Secara morfologis, sel terdiri dari dua bagian, yaitu inti dan sitoplasma yang berisi berbagai organel yang menunjang kinerja ini dalam menjalankan tugas dan menjaga eksistensinya. Dalam sel terjadi *learning process* sehingga dalam imunologi dikenal istilah *memory cell*, yaitu sel B yang sudah mengalami inisiasi oleh epitop dari imunogen. *Memory cell* tersebut mempunyai ingatan terhadap epitop yang pernah menginisiasi. Ingatan ini diperoleh karena terjadi proses pembelajaran di sel B, dengan demikian pada sel dapat terjadi *stress response* sebagai hasil *learning process*, yang pada sel B ditunjukkan oleh kemampuan memproduksi imunoglobulin.²²

Selye mengenalkan konsep *General Adaptation Syndrome* (GAS). Stres terdiri dari tiga tahap, yaitu *activation*, *resistance*, dan *exhaustion*. Ada istilah lain yang serupa, yaitu eustres (*resistence*) dan distres (*exhaustion*). Dengan demikian pengertian stres mencakup ketiga keadaan tersebut, aktivasi, resisten (eustres), dan ekshausi (distres). Selye melaporkan stres yang terjadi pada limfosit. Berdasarkan atas konsep Selye dan konsep *memory cell* di imunologi maka jelas kiranya sel dapat melakukan *learning process* dan dapat mengalami stres.²²

berhubungan dengan imunosupresi, sedangkan perasaan optimis, kemampuan kontrol dan menemukan bahwa perasaan ketidaktertolongan, kapasitas distres dan depresi Rodin dan Salovey (1989) serta Taylor (1990), yang dikutip Kedem dkk,

dengan *unexplained infertility* dan menandakan gangguan auto imunitas.³⁴ Kedem dkk, sel darah putih khusus jenis spermatophages banyak ditemukan pada pria adanya peningkatan aktifitas imonologi. Menurut Koehler dkk. (1982), yang dikutip banyak kasus infertilitas, terdapat sel darah putih di plasma seminal. Hal ini menandakan sebagian berfungsi sebagai rangsang imun dan jenis lain sebagai pengatur imun. Pada mekanisme imunosupresi yang aktif. Sel darah putih terdiri dari bermacam jenis, di sperma menandakan bahwa sistem perlindungan rangsang imun rendah atau keseimbangan yang baik antara kedua sistem pengaturan imunitas di atas. Adanya bakteri Untuk memberikan lingkungan yang optimal agar sperma berkembang diperlukan

berat dan mekanisme ini melindungi dari perusakan imun. Penurunan aktifitas imun dapat merugikan organisme, infeksi dapat tumbuh dengan Mekanisme ini berfungsi mengontrol reaksi rangsangan imun yang merusak.

2. Sistem imunosupresi menghambat. (*Inhibiting Immunosuppressive System*)

secara lengkap sebagai sel *self*. karena sperma dihasilkan setelah pubertas dan karena itu dapat terjadi tidak diterima sehingga mengenal spermanya sebagai sel yang *non-self*. Hal ini dimungkinkan menyerang sel *non-self*. Menurut Hjort (1983) dapat terjadi mekanisme yang keliru organisme asing. Mekanisme ini dapat mengenal antara sel *self* dan sel *non-self* dan Memberikan mekanisme pertahanan nonspesifik dan cepat untuk melindungi diri dari

1. Sistem imonostimulasi yang diaktifasi. (*Activated Immunostimulatory System*)

ini membutuhkan 2 mekanisme imunologik yang berlawanan :²⁹ lingkungan agar keadaan menjadi optimal untuk terjadinya pembuahan. Keadaan optimal mediator imun ke dalam tempat sperma. Plasma seminal berfungsi untuk menjaga menemukan bahwa daerah rete testis dan vas deferens rentas sebagai sisi masuknya pada infertilitas pria. Alexander dan Anderson (1987), yang dikutip Williams dkk, dan imunitas yang dimediasi sel (*cell-mediated immunity*) memegang peranan penting Hasil dari banyak penelitian akhir-akhir ini mengatakan bahwa imunitas humoral

Brown (1995), dalam Thomarius JJ, mengatakan bahwa infertilitas atau sterilitas bukan Diperkirakan bahwa sebanyak 5% infertilitas disebabkan oleh masalah emosional.

memenuhi keinginan terhadap peran ibu.¹⁴
disadari atau tidak disadari merasa tertekan karena lingkungan dan pasangannya untuk yang berkurang pada jaman modern ini dapat terjadi, khususnya pada wanita yang secara problem psikososial menyebabkan infertilitas. Konflik peran wanita tradisional dan nilai Penelitian oleh Eisner (1963), yang dikutip Morse dkk, menyimpulkan bahwa

psikopatologi.⁴
bahwa 64 dari 163 kasus steril yang diteliti mempunyai latar belakang fertilitas pada kasus-kasus mental berkurang sampai 50%. Sandler (1966) menyebutkan Geijerstam (1959), yang dikutip Ayub Sani Ibrahim, menyebutkan bahwa organik pada 50% pasangan infertil.¹⁴

penyebab psikogenik pada infertilitas diduga karena tidak terdapat bukti penyebab penyebab infertilitas ditontarkan untuk menerangkan keadaan infertil. Kemungkinan Selama 40 tahun terakhir, bermacam-macam hipotesis psikologik mengenai

3. Faktor Psikologik

menyebabkan stres.³⁴
dan secara psikologis tidak mungkin ditentukan satu titik waktu dari kejadian yang diperkirakan pada stadium mana dari perkembangan sperma terjadi reaksi imunologik imunologi. Kekurangan dalam penelitian ini adalah secara biologik tidak mungkin merupakan sistem yang rumit melibatkan keseimbangan sempurna antara kedua sistem kedua tipe strategi untuk *coping* pada problem infertilitas. Mekanisme reproduksi kedua mekanisme imunologi ini menunjukkan bahwa kebanyakan pasien menggunakan diukur dengan adanya sel darah putih di plasma seminal. Hubungan yang erat antara positif atau menekan dirinya untuk tenang, berhubungan dengan immunostimulasi dan untuk mengontrol dengan cara pemecahan masalah langsung, menciptakan penampakan diukur dengan adanya bakteri di plasma seminal. Sebaliknya, penggunaan strategi *coping* diri secara emosional dari perasaan distres yang berhubungan dengan immunosupresi sombong menunjukkan pada immunostimulasi. Perasaan tidak ada harapan dan melarikan

menyinsati bahwa tanggung jawab memelihara bayi tidaklah seberat seperti yang Fisher, yang dikutip Domar dkk, mengatakan bahwa wanita yang mengangkat anak peningkatkan kecemasan berhubungan dengan tidak terjadinya kehamilan.¹²

penurunan spontan dari kecemasan ada hubungan yang bermakna dengan kehamilan dan turut selama setahun terhadap 42 wanita dengan *unexplained infertility*. Tampak bahwa adanya hubungan yang jelas antara kecemasan dan konsepsi adalah penilaian berturut-turut, rekreasi, jangam bekerja terlalu keras. Satu studi pendahuluan yang mendukung kecemasan mempengaruhi fertilitas. Wanita infertil dianjurkan untuk santai, mengambil Dualisme yang sudah lama ada pada orang awam maupun medis adalah bahwa

Menurut Domar, yang ketiga adalah yang paling mungkin.³⁴

3. Kombinasi dari 1 dan 2.

2. Gangguan emosi sebagai penyebab infertilitas.

1. Infertilitas sebagai penyebab gangguan emosi.

yaitu:¹²

telur atau anak ayam. Ada 3 hipotesis tentang hubungan antara infertilitas dan psikologis, Hubungan antara infertilitas dan stres niritip pertanyaan mana yang lebih dulu

psikopatologi seperti agresivitas dapat menimbulkan gangguan dalam proses ovulasi.⁴ psikopatologi dapat menimbulkan gangguan siklus menstruasi, sedangkan bentuk

McLeod (1964), yang dikutip Ayub Sani Ibrahim, menyatakan bahwa gangguan kemampuan konsepsi.⁷

memengaruhi proses fisiologi termasuk sistem endokrin dan faal sehingga menurunkan (1980), yang dikutip Connolly, mengatakan bahwa kemungkinan keadaan psikologis dengan dasar psikogenik ada pada persentase tertentu dari kasus infertilitas. Peperell dkk. Meskipun tidak diragukan bahwa ada kelainan yang belum ditemukan, tetapi infertilitas pasti akan mengandung.¹⁸

bahwa bila pasangan tidak mengalami masalah psikologis sebagai kausa infertilitas maka Debrovner dan Shusub-in-Stein (1975), yang dikutip Klempner LG, mengatakan

infertilitas adalah hasil suatu gangguan fungsional.¹⁴ Swift (1970), yang dikutip Morse CA dkk, mengatakan bahwa kebanyakan

frustasi.²

hal yang ilmiah atau diagnosis klinis, tetapi suatu pernyataan atau penjelasan dari gejala

sedangkan keinginan tidak mempunyai anak berkembang dari pengalaman pemeliharaan
Pengalaman pemeliharaan yang hangat menimbulkan keinginan bereproduksi

berkeinginan untuk mencipta kembali.¹⁸
psikologis untuk menjadi ibu, memberi memori untuk intimasi tertentu dimana seseorang
ibu-bayi, yaitu bahwa ibu sama dengan keibuan melalui peran ibu. Hal ini memberi dasar
kelamin dan harga diri. Proses identifikasi non-agresif yang dimulai sejak awal hubungan
melahirkan anak adalah penting untuk perkembangan perasaan feminin, identitas jenis
Klempner LG dkk, hal yang penting adalah pengetahuan wanita bahwa ia dapat
Menurut Kestenberd dan Stoller (1977) serta Notman (1988), yang dikutip

wanita.¹⁴
kurang bermotivasi untuk mempunyai anak dan lebih banyak konflik terhadap peran
Ford dkk (1953), dalam Klempner LG dkk, melaporkan bahwa wanita infertil

self image-nya.²⁸
wanita keyakinan dan kesadaran dari kemampuan untuk bereproduksi adalah bagian dari
fisik sehingga mampu untuk bereproduksi. Hal ini berdampak bahwa pada pria dan
dan *self-representation* perubahan ini terjadi sejak masa kanak-kanak sampai mata secara
memegang peranan pada dasar perkembangan anak dan menampilkan *body image*-nya
Pengaruh fisiologis dan psikologis yang komplek pada awal masa anak-anak

omnipoten.²⁸
senada memandang *penis envy* sebagai harapan gadis untuk memiliki ibu yang
dengan harapan untuk mengandung atau menjadi ibu. Pendapat Brunswick (1940) yang
Pandangan Freud mengatakan bahwa harapan untuk mendapatkan anak tidak sama
mempunyai anak adalah hasil dari *penis envy*, substitusi simbolik dari penis yang hilang.
(1925), dalam Klempner LG dkk, yang percaya bahwa keinginan wanita untuk
Arti psikologis dari harapan untuk mendapatkan bayi dilontarkan oleh Freud

lahan membaik dan dapat terjadi kehamilan.³⁶
gangguan emosionalnya perlahan menurun, sehingga fungsi reproduksinya perlahan-
adanya bayi angkat di rumah merupakan *catalytic agent*. Dengan mengadopsi anak maka
Dunbar (1952), yang dikutip Tieneke, juga mengatakan bahwa pengalaman

menjadi hilang.¹²
diduganya dan kecemasan serta ketakutan untuk mendapatkan anak secara tak sadar

2. Wanita yang ambisius, agresif, senang mendominasi dan bersifat maskulin (*feminine with masculine type*). Wanita yang menolak perannya sebagai wanita (agresif - mengabaikan *avoidance of conception* atau *inactive acceptance of infertility*).

1. Wanita yang over protektif dependen, emosi imatur, labil. Benedek (1952) mengatakan bahwa infertilitas adalah pertobatan somatik terhadap stres kehamilan dan menjadi ibu. Termasuk juga wanita yang merasa tak mampu menjadi ibu, takut hamil, melahirkan dan mati saat melahirkan. Pada beberapa wanita menjadi hamil, melahirkan, merawat, membesarkan anak, dan menjadi orang tua adalah keadaan yang mengancam, secara sadar atau tidak sadar, sehingga mengakibatkan *avoidance of conception* atau *inactive acceptance of infertility*.

Faktor kepribadian pada wanita infertil dapat dibagi 2 kelompok, yaitu :

kurang matang atau mereka sangat tergantung.³¹
 sering ternyata bahwa wanita yang demikian memiliki kepribadian psiko-seksual yang ketakutan, karena pertukaran pekerjaan / lingkungan. Dengan penelitian psiko-analisa kebutuhan bawah sadar untuk menarik perhatian atau karena keinginan hamil, karena pertemanan psikologis-emosional. Adakalanya haid tidak kunjung datang karena tidak ada kelainan organik dan pada mereka sering ditemukan kecemasan dan haid selama beberapa bulan kadang-kadang wanita muda yang tidak hamil dan Fries dan Nilus (1971), dalam Hudono ST, mengatakan bahwa tidak datangnya menunjukkan konflik psikis yang berjalan diatas kelainan ginekologik.^{14,36}
 Manning (1966), dalam Thomarius JJ, menyebutkan bahwa keadaan infertil kelamin wanita adalah bagian yang sangat historik dari anatomi wanita, sedangkan Stall Worthy (1980), yang dikutip Morse CA dkk, mengatakan bahwa alat tidak memuaskan.¹⁴

masa kecil, pembatasan peran seksual dan peran sosial serta hubungan perkawinan yang Diduga bahwa *unexplained infertility* adalah reaksi terhadap konflik pengalaman menunjukkan ambivalensi terhadap peran atau konflik oedipal yang tidak terselesaikan.³⁶
 berpendapat bahwa infertilitas adalah akibat hambatan psikologis wanita yang penyebab sterilitas. Benedek (1952) dan Sandler (1961), yang juga dikutip Tieneke, Tieneke, menunjuk ketakutan yang tidak disadari pada perasaan seksual sebagai yang dingin. Hal yang sama tidak terdipada pria. Helene Deutch (1945), yang dikutip

maskulin). Misalnya wanita karier takut menjadi ibu karena akan mempengaruhi kariernya, adanya konflik antara karier dan peran ibu, walaupun secara psikoseksual.

Platt et al. (1973), yang dikutip Andrews dkk, dalam penelitiannya mendapatkan bahwa kondisi psikopatologi pada wanita infertil ditandai dengan adanya kesenjangan antara *real self* dan *ideal self* dengan ciri-ciri : ketidak matangan emosional, neurotik, ketergantungan, ambivalensi, penyangkalan agresif terhadap femininitasnya, mempunyai perasaan bermusuhan dan bersalah, depresi, takut hamil dan melahirkan, kepribadian histeris yang disertai dengan kesulitan di bidang psikoseksual. Beberapa penelitian lain mengatakan bahwa wanita infertil menampakkan kecemasan yang tinggi, penyesuaian seksual yang rendah dan kontrol eksternal yang kuat dan mudah terganggu emosinya. Pola yang hampir sama pada pria infertil dilaporkan oleh beberapa penulis. Sedangkan Berger menemukan bahwa emosi yang tidak stabil hanya terlihat pada wanita.^{14,35,36}

Kecadaan psikis yang sama ditemukan juga pada wanita abortus berulang. Mereka mengalami ketidakstabilan emosi, dependen, tegang dan neurotik.²⁷

Menurut Squier dan Dunbar (1946), yang dikutip Hudono ST, komponen psikologi memegang peranan penting. Konflik emosional yang telah ada sebelum dan selama kehamilan muda dapat menjadi penyebab. Pemikiran / ketakutan akan beban dan tanggung jawab berhubungan dengan kehamilan dan / atau perasaan tidak sanggup dalam menghadapi tugas sebagai istri dan ibu menimbulkan pertentangan emosional yang hebat. Mungkin pula dipengaruhi oleh kecemasan karena kurangnya pengertian dan perhatian dari suami dan kurangnya bantuan dan dukungan moril dari pihak keluarga dan teman.³¹

Menurut Slamet Iman Santoso (1962), dalam Hudono ST, beberapa kasus infertilitas karena pendidikan agama yang terlahu ketat dan kuno yang menganggap tabu dan jabat segala apa yang ada hubungannya dengan kelamin. Setelah dilakukan psikoterapi dan kedua pasangan dibebaskan dari tekanan psikologik / emosional maka tidak lama kemudian istri menjadi hamil.³¹

Menurut Berger (1976), yang dikutip Thomarius JJ, yang paling sederhana dan dapat dimengerti tentang konflik psikologik yang dapat menyebabkan infertilitas adalah melalui efek *sexual performance*. Pada pria : impotensi, ejakulasi dini atau tanpa ejakulasi dan problem yang berhubungan dengan frekuensi dengan hubungan seksual

yang kurang maupun berlebihan. Ejakulasi retrograd yang disebabkan karena spasme otot konstriktor urethra dan kontraksi spastik duktus deferens akan menyebabkan ejakulat hanya mengandung sekresi kelenjar asesoris tanpa sperma, keduanya dapat dipengaruhi oleh stres psikis.²

Pada wanita : frigiditas, tidak mencapai orgasme, vaginismus, dispareunia.²

D. Aspek Psikiatrik

Bagi banyak pasangan, keadaan infertili menjadi beban, tetapi bagi orang yang satu berbeda dengan yang lainnya dalam derajat keparahannya. Dampak diagnosis dan rangkain pengobatan, serta tekanan sosial untuk menjadi orang tua juga dirasakan.⁶ Stres sangat dirasakan hanya bila keadaan infertili dipersepsi sebagai ancaman dan bahaya. Infertilitas tidak begitu berarti bila dirasakan sebagai hal yang lunak atau bahkan tantangan.³

1. Respon perasaan individu

Infertilitas merupakan suatu krisis kehidupan. Krisis infertilitas menimbulkan berbagai perasaan pada pasangan, seperti sedih, marah, kekecewaan, harapan, kebingungan, perasaan malu, bersalah, kecewa, terluka, terhina, takut, kehilangan harga diri, kehilangan rasa aman, kehilangan kesehatan, kehilangan hubungan dekat. Menurut Menning, dalam proses berkahwin karena kehilangan, pasangan dapat mengalami reaksi dukacita yang termodifikasi seperti terkejut, menolak, marah, bersalah, isolasi, depresi, dan resolusi. Beberapa perasaan masih rasional berdasarkan kenyataan karena "penghinaan" yang diberikan masyarakat dan saat pemeriksaan serta pengobatan. Perasaan lain yang lebih tak rasional berdasarkan hal-hal yang berkaitan dengan kepercayaan, mitos, pikiran magik. Perasaan yang timbul bervariasi dalam urutan, macam dan derajatnya, tetapi sebagian besar mempunyai beberapa perasaan yang sama setelah mempunyai masalah infertilitas. Perasaan tersebut adalah sebagai berikut :^{9,15,16,19,32}

Disebabkan karena perasaan tidak tertolong dan kehilangan kontrol. Seperti orang lain, pasangan infertil menjalani hidup dengan mengontrol banyak tujuan mereka. Kegagalan mengontrol salah satu tujuan yaitu melahirkan anak dapat menyebabkan frustrasi, putus harapan dan kehilangan semangat. Bila pasangan infertil memasuki pemeriksaan dan pengobatan, ini berarti mereka melepaskan kontrol terhadap tubuh dan nasibnya. Kemarahan sebagai respons terhadap lepas kontrol dari perasaan ketidak tertolongan, ketidak mampuan, ketidak berdayaan. Bahkan dalam hubungan pasien – dokter yang baik dapat terjadi frustrasi, ketidak tertolongan dan rasa malu. Kemarahan dapat sangat rasional, seperti karena tekanan sosial dari keluarga dan teman. Kadang-kadang kemarahan tidak rasional bila sebagai proyeksi terhadap tujuan. Hal ini mungkin sebagai akibat dari perasaan-perasaan primer, biasanya rasa sakit yang menetap dan rasa duka cita. Kemarahan dapat kedalam dan menyebabkan rasa bersalah dan depresi atau keluar ditujuka kepada orang lain yang mempunyai anak, orang tua, pasangan profesional medis, teman bahkan Tuhan.

c) Rasa marah (*anger*)

Oleh Keye (1984) kedua keadaan diatas dimasukkan dalam fase awal. Selama fase ini pasangan dapat mengalami penurunan rasa percaya diri, rasa bersalah, ragu-ragu karena tidak percaya.¹⁶

Banyak pasangan menyangkal problem sebagai proteksi dari perasaan-perasaan yang ada. Perasaan ini mempunyai tujuan untuk menyesuaikan badan dan jiwa dalam mengatasi keadaan ini. Penyangkalan ini menjadi berbahaya bila menjadi mekanisme *coping* yang permanen. Seorang wanita menyangkal dikatakan infertil setelah 10 tahun lalu dokter mengatakannya tidak ada kelainan. Ia masih menunggu tiap bulan akan kehamilannya. Orang yang berada pada perasaan ini diindikasikan untuk psikoterapi jangka panjang.

b) Penyangkalan (*denial*)

Reaksi pertama dari kebanyakan orang adalah terkejut dan *shock*. Tidak ada persiapan untuk kemungkinan infertilitas. Menemui problem infertilitas dirasakan sangat menyusuk pada pasangan yang merasa dirinya dapat mengatasi rintangan.

a) Rasa terkejut (*surprise*)

Alasan lain untuk menyembunyikan hal ini adalah rasa bersalah. Individu infertil mencari sebab-akibat dari apa yang terjadi dengan keadaannya. Mengulangi sejarah hidupnya dan mencari kesalahan dimana sekarang mereka "dihukum". Beberapa hal yang sering menjadi sumber rasa bersalah adalah hubungan seksual sebelum menikah, pemakaian kontrasepsi, riwayat abortus, penyakit kelamin, penyelewengan di luar nikah, masturbasi, tindakan atau pikiran homoseksual, dan kesenangan seksual. Individu dapat sangat bertobat dan minta maaf dalam berbagai tindakan

e) Rasa bersalah (*guilt*)

isolasi.

merasakan duka yang hebat sehingga mungkin pasangan mengatasinya dengan menjadi hamil dan kemudian karena sesuatu hal terjadi abortus, maka pasangan akan melanggar kerahasiaan pasangan. Bila dalam usaha pengobatan pasangan dapat bagaimana bereaksi dan menghindari hal yang memalukan atau rasa takut untuk orang lain, mereka merasa makin terisolasi karena orang lain tidak mengetahui akhirnya meningkatkan problem perkawinan.²⁹ Bila pasangan berdiskusi dengan yang ditetapkan. Hal ini dapat membuat jarak komunikasi antar pasangan dan perasaannya saat harus masturbasi untuk pemeriksaaan, atau berhubungan seksual juga dapat merasakan tidak mungkin untuk berbagi dengan istrinya tentang tentang saat-saat menstruasi, keceemasannya bila haidnya terlambat, dan lain-lain. Pria Wanita kehilangan harapan pada kemampuan suaminya untuk mengerti perasaannya. Bentuk pengasingan yang lebih sulit adalah pengasingan dari pasangannya. sosial atau situasi kerja yang berhubungan dengan hal-hal kehamilan atau anak kecil. keluarga dan teman. Pada keadaan ekstrim pasangan menarik diri dari lingkungan dapat dinengerti, tetapi hal ini dapat meningkatkan tekanan dan rasa ingin tahu dari sesuai dan yang tidak diminta dari orang lain; mereka menghindari stigma. Meskipun kasihan dari orang lain atau menjadi sensitif dan takut menerima nasihat yang tak menyembunyikan keadaan infertilitasnya karena mereka tidak ingin menjadi obyek rasa peristiwa dimana ada wanita hamil dan bayi atau anak. Pasangan infertil mungkin Pasangan infertil mungkin berusaha melindungi dirinya dengan menghindari

d) Pengasingan (*isolation*)

Rasa takut kehilangan akan hubungan dengan pasangannya karena tidak dapat memenuhi peran yang diharapkan atau karena tiap pasangan mengadakan respons yang berbeda atas kepedihannya dan menjadi kurang memenuhi kebutuhan pasangan lainnya.²⁹ Bila kebutuhan akan duka cita muncul, seorang infertil akan merasakan dirinya jauh dari orang yang dicintai untuk perasaan amannya. Mereka yang

kehilangan dan menjadi ibu. penerimaan sosial oleh individu maupun kelompok yang mementingkan nilai menjadi orang tua, kehilangan status, prestise dan *self-image*. Juga kehilangan kehilangan kehamilan dan pengalaman mengasuh anak misalnya menyusui dan keluarga, kehilangan harga diri, kehilangan rasa aman, kehilangan kontrol tubuh, *potential children*, kehilangan kesuburan, kehilangan keturunan dan nama menyebabkan reaksi depresi. Kehilangan pada infertilitas termasuk kehilangan merupakan komponen utama dari respons infertilitas. Semua rasa kehilangan yang Rasa duka muncul karena individu mengalami bermacam rasa kehilangan yang

f) Duka cita (*grief*)

pasangannya untuk mempunyai anak. dari mereka dan ia merasa bertanggung jawab karena meniadakan kemampuan oleh suami-istri, khususnya bila penyebab infertilitas diketahui ada pada salah satu ketidakbergunaan tidak ada hubungannya.²⁹ Rasa bersalah dapat dirasakan berbeda mengontrol semua aspek kehidupan dan menyadari bahwa antara fertilitas dan gembira. Hal ini dapat terjadi karena pengertian bahwa manusia tidak dapat atau alkohol, *anorexia*, atau obesitas. Hal yang lebih sering adalah menjadi lebih terakhir adalah *self-destruction*. Ada beberapa kasus mengalami ketergantungan obat dirasakan dalam pekerjaan, pergaulan dan hubungan perkawinan. Pertobatan yang merasa tidak berharga / berguna dan tidak mampu di segala bidang. Akibatnya dapat menghilangkan rasa bersalah. Rasa bersalah dapat menjadi menyelimuti dimana orang rela mengikuti percobaan atau prosedur yang berbahaya dapat diduga mungkin untuk individu. Pasien yang mau mengerjakan pemeriksaan apa saja agar dapat hamil, atau Perasaan bersalah dan pertobatan tidak berhubungan dengan tingkat pendidikan memberi konseling, ikut membantu *support group*. religius hingga *personal denial*, atau bekerja dalam lingkup problem fertil, seperti

- a. Tidak menyadari adanya kehilangan.
- b. Karena kehilangan ini tidak ada obyek yang nyata dan sesungguhnya.
- c. Kehilangan dirasakan sebagai *socially unspeakable*.
- d. Lingkungan sosial menganggap tidak baik untuk membicarakan hal ini.
- e. Ada ketidakpastian tentang kehilangan tersebut.
- f. Dalam persentasi tertentu kasus infertilitas tidak pernah tercapai diagnosis penyebab
- g. Kemungkinan tidak adanya sistem dukungan sosial.

organiknya sehingga masih ada kemungkinan menjadi hamil pada setiap siklus.

terjadi karena :¹⁵

Perasaan berduka pada pasangan infertil kadang-kadang tidak timbul. Hal ini dapat

lainnya adalah cacian yang sesaat sepanjang hari selama proses.²⁹

Episode depresi pada beberapa pasangan berlangsung periodik dan singkat. Bentuk karena perasaan logis yang muncul yaitu kesedihan, keputusan dan berduka. maka sering terjadi depresi. Depresi dianggap sebagai respons wajar dari infertilitas kemarahannya ke dalam atau mulai menghadapi arti dan konsekuensi dari infertilitas, keadaan berduka sering didahului oleh masa depresi. Bila individu mengarahkan seperti rasa berduka, putus asa dan harapan sebagai *emotional roller coaster*. Mahlistead (1985), dalam Williams dkk, menyebut respons pasangan infertil pengobatan infertilitas yang cukup lama untuk menjelaskan kausa.¹⁵

spesifik. Rasa kehilangan ini memakan waktu karena proses pemeriksaan dan merupakan sesuatu yang potensial bukan kehilangan orang atau obyek yang jelas dan pasangan infertil dan tidak diketahui keluarga dan teman-teman. Rasa kehilangan orang lain dan tidak dilihat, sehingga perasaan ini hanya dirasakan oleh individu atau berbeda, karena tidak ada kematian dan pemakaman. Kehilangan ini tidak diketahui anak sia-sia, maka respons yang sesuai adalah rasa duka. Duka cita pada infertilitas Bila pemeriksaan dan pengobatan tidak ada hasilnya, harapan akan melahirkan kelelahan, rasa tercekik, dll.¹⁵

dan duka cita dapat diikuti tangisan, dan gejala fisik seperti kehilangan nafsu makan, merasakan ini mencari pertolongan, konselor atau kelompok pendukung. Kesedihan

h. Dukacita menetap dan menyakitkan. Dapat terjadi penolakan terhadap perasaan ini tanpa jaminan bahwa keluarga dan teman dapat menolong dan memberi perasaan menyenangkan.

Pasangan yang tidak merasakan dukacita dapat mencapai tahap resolusi bila mereka yakin bahwa mereka tidak akan dapat melahirkan anak.¹⁹

Menurut Covington (1988), dalam Forrest dkk, bila keadaan ketidakmampuan

untuk mendapatkan anak secara biologik akhirnya diterima, maka menjadi hamil tidak

lagi menjadi fokus utama pengendalian energi emosi. Proses menerima ini terjadi bila

pasangan melihat perasaan-perasaannya berulang-ulang dan setiap waktu belajar lebih

banyak tentang dirinya dan pilihan lainnya, memahami setiap perasaan di atas dan

menanggulangnya. Perasaan-perasaan ini tidak hilang selamanya, dapat muncul kembali

oleh kejadian yang mengingatkan seperti *anniversaries of losses* atau dengan kehilangan

yang baru dan kejadian hidup lainnya dapat membangkitkan harapan akan anak yang

sudah pupus dan memunculkan kembali perasaan-perasaan yang berhubungan dengan

kehilangan ini. Namun rasa sakitnya sudah berkurang dan kemampuan mengatasi sudah

meningkat meskipun rasa kehilangan masih sisa dan tidak pernah ter-resolusi sempurna.^{9,15}

Keadaan penyembuhan digambarkan sebagai berikut : ada pengembalian

energi, ada gelombang semangat dan rasa enak, dapat menempatkan perspektif infertilitas

pada tempat yang tepat dalam kehidupan, kembalinya rasa optimists dan harapan serta

rasa humor ; beberapa keabsurdan masa lalu dapat menjadi cerita yang menguntungkan.

Konsep seksualitas, self-image dan harga diri bekerja kembali dan menjadi tidak ada

hubungannya dengan problem infertilitas. Rencana masa depan dibangun kembali, dan

seakan-akan membangun jalan sekitar; problem infertilitas. Pasangan siap bertindak

dengan rasa percaya diri dalam menyeleksi alternatif rencana hidup. Bila penyembuhan

telah tercapai, pasangan infertil siap untuk berhasil menjalani hidupnya.¹⁵

Menurut Fleming dan Bury (1988), dalam Forrest dkk, resolusi bukan tujuan

yang sesuai karena resolusi secara tidak langsung berakhir. Penerimaan dan adaptasi serta

penjelasan yang tepat adalah lebih realistis untuk pasangan yang mengalami infertilitas.⁹

Penelitian Stewart dkk. (1992), dalam McEwan dkk, menunjukkan bahwa pada wanita lebih tampak gejalanya daripada pria pada wawancara klinis dan pada pengukuran dengan Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for Depression dan Brief

Penelitian oleh McEwan dkk. Menunjukkan bahwa wanita infertil menunjukkan penyesuaian yang lebih buruk dibanding pria infertil dan menunjukkan maladaptasi umum dari kepriadiannya.¹⁰

Seperti banyak hal lain dalam kehidupan, pria dan wanita mengalami infertilitas secara berbeda. Wanita infertil secara umum lebih terlibat fisik dan emosional daripada pria dan mengalami derajat depresi yang lebih berat dari pada suaminya.^{11,29}

Pria infertil kurang merasa kecewa dibandingkan dengan wanita infertil.³ Pria dapat menekan problem infertilitasnya karena tidak mengalami menstruasi yang merupakan ingatan akan kegagalan wanita, juga tidak mengalami penurunan seksualitas yang berhubungan dengan umur.^{5,29}

a. Perbedaan Individual.

Stres infertilitas dapat menginduksi episode depresi mayor pada wanita yang rentan gangguan afektif. Dari penelitian oleh Downey dan McKimney didapatkan 11% dari wanita infertil mengalami depresi berat yang dapat digolongkan episode depresi mayor, meskipun tidak ada perbedaan bermakna dengan kelompok kontrol. Pada kelompok kontrol yaitu wanita yang tidak diketahui problem infertilitasnya didapatkan 3,6% dengan episode depresi mayor.⁸

Pada individu dengan kepriadian abnormal, infertilitas dapat mempercepat *schizophrenic-like maladjustment* yang tampak pada pemeriksaan Rorschach yang disebut dengan *openly psychotic*.³⁵

Prevalensi gangguan depresi dan ansietas meningkat pada populasi infertil.¹⁸ Pada penelitian oleh Hinggo dkk. Didapatkan gejala depresi pada istri sebesar 86,4% dari pasangan infertil yang ingin mempunyai anak, dimana yang mengalami depresi ringan sebesar 25,8%, depresi sedang 40,9% dan depresi berat 19,7%. Sedangkan pada suami yang mengalami depresi sebesar 81,8%, dimana yang mengalami depresi ringan sebesar 54,5%, depresi sedang 25,8% dan depresi berat 1,5%.¹¹

2. Gangguan psikiatrik.

Penelitian oleh Kedem dkk. (1990) menghasilkan bahwa pada pria infertili didapatkan harga diri yang rendah, lebih cemas dan mempunyai keluhan somatik yang lebih banyak daripada yang tidak, sedangkan depresi, gejala obsesi-kompulsi dan

tertarik dengan problem infertilitas mereka.^{3,29} Perbedaan ini kadang-kadang menyebabkan konflik karena wanita merasa pria tidak

infertilitas dirasakannya ; menurut Liebmann-Smith (1987), yang dikutip Williams dkk, pria, lebih besar penghasilan rumah tangganya, lebih sedikit stres karena problem *self-identity*nya adalah karier. Ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa pada merasakan penting sebagai ibu untuk *self-identity*nya, sedangkan pria yang penting untuk Stephenson (1984), yang dikutip Abbey dkk, wanita secara tradisional lebih

wanita dan lingkungan sosialnya untuk melihat infertilitas sebagai masalah wanita.^{3,9,13,14} pada wanita untuk lebih mudah mencari pertolongan, kecenderungan dari wanita dan pemeriksaan infertilitas lebih banyak terfokus pada wanita, kecenderungan emosional pria adalah : peran ibu yang melekat pada wanita, kenyataan bahwa prosedur tentang peran wanita sebagai ibu. Alasan yang lain mengapa wanita lebih distres daripada untuk mendapatkan anak adalah penting, dikuasai pandangan tradisional yang kuat infertilitasnya, merasa bertanggung jawab atas keadaan infertilitasnya, merasa keinginan yang lebih besar daripada pria bila : mengalami rasa kehilangan yang sangat karena Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa wanita mengalami distres

dukungan sosial di luar.¹⁰ pasangannya menunjukkan distres emosi yang lebih kecil dibandingkan bila ia mencari Lamieil (1981) dan McEwan dkk. (1987) *sharing* kesulitan individu infertili pada

menghilangkan kepedihannya.^{6,29} Beberapa pria menarik diri atau menghindari perasaan ketidakberdayaan untuk menghindari untuk berbagi rasa kepedihannya agar tidak mengganggu pasangannya. infertilitas. Pria sulit mengekspresikan kepedihannya secara verbal dan emosional atau masalah infertilitasnya. Sebaliknya banyak pria merasa stres bila berbicara tentang merasa stresnya berkurang bila berbicara tentang infertilitas sebagai cara untuk mengatasi Kepuasan dan dukungan sosial sangat menurunkan stres pada wanita.³ Wanita

wanita mengikuti *support groups*.¹⁰ *Symptom Inventory Subscale*. Mungkin ini dapat menerangkan bahwa lebih banyak

Meskipun identifikasi peran seksual wanita infertil tidak berbeda dengan wanita infertil, tetapi hal ini berpengaruh pada reaksi individu terhadap masalah infertilitas. Pada studi di Jerman, femininitas berhubungan dengan besarnya stres psikologi pada pria dan wanita. Pada wanita, femininitas berhubungan dengan derajat perasaan bersalah yang tinggi. Suatu penelitian di AS, maskulinitas dan androgini berhubungan dengan harga diri

Penelitian oleh Gore dan Mangione (1983), dalam Morse CA, menemukan bahwa pasangan suami istri infertil yang bekerja menunjukkan stres yang lebih rendah dibandingkan wanita yang tidak bekerja.¹⁴

Ternyata juga bahwa makin besar biaya pengobatan, jumlah tes dan pemeriksaan, makin besar stres yang dialami oleh pasangan infertil. Umr, lama perkawinan, lama usaha mencari pengobatan tidak berhubungan dengan stres infertilitas. Bagi kedua pasangan, makin ada rasa percaya untuk akan mendapatkan anak sendiri, makin rendah tingkat stres mereka. Peningkatan perasaan kontrol diri dapat menurunkan stres pada pasangannya infertil.³

Connolly dkk. (1987) melaporkan adanya kesulitan perkawinan dan emosi yang tinggi pada pria atau wanita infertil dengan penyebab pada pria.⁷

Penelitian oleh Nachtigall dkk. (1992) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan respon emosi pada wanita infertil bila penyebab itu ada padanya atau tidak. Semua wanita melaporkan hal yang sama yaitu menjadi stigma, mempersepsi kehilangan, kegagalan peran dan kehilangan harga diri. Pria dengan faktor penyebab pria lebih mengalami respon emosi yang negatif terhadap infertilitas daripada pria yang tidak ada kelainan ; ia merasa maskulinitasnya kurang.³⁶

Berg dkk. Mendapatkan bahwa derajat stres pada pria dan wanita infertil tidak berbeda, tetapi berbeda dalam hal bagaimana problem infertilitas itu dirasakan. Ia menggunakan pengukuran distres sebagai berikut : ketegangan emosi, penyesuaian perkawinan dan kepuasan seksual.⁵ Beberapa penelitian lain mendapatkan tidak ada perbedaan bermakna antara pria dan wanita infertil dalam distres emosinya dan dalam cara mengatasi masalah infertil.⁹

yang mengatakan bahwa tidak ada reaksi pria terhadap infertilitasnya.¹⁰ berbeda dengan hasil penelitian oleh Adler dan Boxley (1985), McEwan dkk. (1987) sensitifitas interpersonal atau *sexual inadequacy* tidak berbeda secara bermakna. Ini

Wanita infertil yang lebih muda lebih banyak terganggu emosinya. Hal ini mungkin disebabkan karena wanita yang sudah menunggu lama untuk melahirkan anak tidak lagi merasakan keinginan yang kuat seperti wanita muda. Kemungkinan lain adalah bahwa wanita infertil yang lebih tua sudah menghabiskan sebagian dari hidupnya tanpa

masuk dalam satu kelompok, atau karena penelitian dengan cara tidak terkontrol.⁸ singkatnya rencana penelitian dimana dapat terjadi wanita pada stadium yang berbeda psikologis dari infertilitas dan pengobatannya. Beberapa penyebab kontradiksi ini adalah tidak ingin mempunyai anak. Jadi, banyak data yang tidak sama tentang *sequelae* dan stimulasi antara wanita yang menjalani IVF, wanita fertil dan wanita yang sengaja perbedaan derajat harga diri, kepuasan hidup, harapan sukses, pemenuhan, pencapaian Studi oleh Callan dkk. (1989), dalam Downey dkk., melaporkan bahwa tidak ada neurotik baik struktur maupun psikopatologinya.⁸

Suatu studi oleh Freeman dkk. (1983), yang dikutip Downey dkk., pada wanita anovulator dan wanita infertil yang lain dibandingkan dengan wanita yang tidak diketahui problem infertilitasnya didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan kepribadian kanak dan dewasa.⁸

diri saat ini, fungsi seksual, antipresi sebagai ibu atau kedekatan dengan ibu selama masa wanita infertil dan fertil dalam hal gejala psikiatrik, derajat depresi pada masa lalu, harga Downey dan McKimney melaporkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara menunjukkan gejala gangguan penyesuaian.³⁸

wanita fertil secara umum, meskipun secara klinis ada riwayat psikologis yang menunjukkan gangguan penyesuaian emosi yang lebih besar secara bermakna daripada Penelitian Paulson dkk. (1988) mendapatkan bahwa wanita infertil tidak psikologik dalam hubungannya dengan stresor.⁷

berpendapat bahwa wanita dengan karakteristik maskulin menunjukkan sedikit distres Sesuai dengan penelitian di atas, Roos dan Cohen (1987), yang dikutip Connolly dkk., infertilitas ada pada suami, meskipun demikian tidak tampak stres yang lebih besar.¹⁹

Wanita lebih menyalahkan diri sendiri daripada pria, meskipun penyebab dengan penyesuaian perkawinan yang baik dan perilaku menyalahkan diri sendiri.⁵ dan *body images* yang baik pada kelompok infertil, sedangkan feminitas berhubungan

Yang paling bermakna adalah pengalaman perubahan *self-image*. Perasaan menjadi tidak sempurna atau hancur menyebar pada keseluruhan rasa harga diri, *self-worth* dan *body image*, sehingga mungkin terjadi individu infertil merasa dirinya tidak

azoospermia atau oligospermia.^{16,19}

dimana pada saat tidak dikehendaki, juga dapat terjadi setelah diketahui bahwa ia terjadi karena suami merasa tertekan untuk melakukan hubungan seksual yang terjadwal Pada pria sering terjadi disfungsi ereksi temporer yang berakhir 1-3 bulan dapat terapi.⁶

Edelmann dkk., gangguan relasi perkawinan dan seksual dapat terjadi karena prosedur Menurut Kaufman (1969), Bullock (1974), Debrovner dkk. (1976), yang dikutip

ambivalen.¹⁶

dan keadaan, body image yang buruk, depresi, rasa bersalah, tidak berharga dan pasangan, kebutuhan yang terus menerus akan koitus dengan mendiktekan cara, waktu ditentukan, seks yang berorientasi tujuan, kebutuhan seksual yang tidak realistis dari dispareunia, hambatan hasrat seksual karena terapi hormon, hubungan seksual yang didapatkan bahwa pemikiran mereka tentang penyebab problem seksualnya adalah : yang mempunyai perhatian pada reaksi psikologis dan seksual karena infertilitasnya, infertilitas makin kompleks. Pada penelitian oleh Keye pada hampir 500 pasangan infertil seksualitasnya dan relasi seksualnya. Hal ini membuat pengobatan dan masalah pada respons psikoseksual. Individu infertil sering mengalami ketidakpuasan pada Efek psikologis dari infertilitas sering menyangkut hal yang penting yaitu efek

b. Seksualitas.

tidak terselesaikan dan penyediaan terhadap abortif yang terdahulu, keguguran atau secara psikologis. Hal ini mungkin karena mereka sering menanggulangi dukacita yang dan McKimney didapatkan bahwa wanita dengan infertilitas sekunder tidak lebih baik mengalami distres dibandingkan dengan infertilitas primer. Pada penelitian oleh Downey Ginekolog sering menganggap bahwa wanita dengan infertilitas sekunder kurang

secara potensial menetap ini.¹⁰

anak tidak lagi mengalami kesulitan untuk penyesuaian dirinya menghadapi situasi yang

menarik dan tidak bergairah secara sosial dan seksual. Hal ini dapat menyebabkan penurunan gairah seksual, kemampuan respons seksual, kemampuan menikmati hubungan seksual dan seksualitasnya atau usaha untuk menyimpan seksual *self-worth* fungsi psikoseksual dan kepuasan seksual. Dalam usaha untuk menyimpan rasa *self-worth* dan membuktikan bahwa mereka sebenarnya diterima secara seksual, sosial dan fisik, individu dapat menjadi promiskuitas atau genit yang tidak pada tempatnya, meskipun hal ini sangat jarang. Yang lebih sering adalah pasangan saling menyalahkan dan menuduh. Untuk banyak pasangan infertil, hubungan seks mempunyai tujuan utama untuk prokreasi dari pada kesenangan. Hal ini menjadikan hubungan seks seperti mesin, untuk pekerjaan rumah dan kurang memberikan kesenangan dan kepuasan, sehingga tugas atau pekerjaan rumah dan kurang memberikan kesenangan dan kepuasan, seperti hambatan fungsi seksual lain dapat terjadi pada salah satu atau kedua pasangan, seperti impotensi, anorgasmi, vaginismus dan dispareunia, juga penurunan frekuensi hubungan seksual. Depresi dan kehilangan harga diri seksual karena infertilitas merupakan faktor yang mungkin menyebabkan hilangnya hasrat seksual atau secara sekunder disebabkan karena problem seksual lainnya karena kausa infertilitasnya.^{16,19,29}

Keye (1984) dan Valentine (1986) dapat juga karena pasangan tersebut menghindari seks sebagai jalan untuk menghindari isu infertilitas. Satu atau yang lainnya dapat menjadi lebih membutuhkan atau menolak melakukan hubungan seksual untuk mendapatkan kembali kontrol atau untuk menghidupkan pasangannya.^{16,19,29}

Studi oleh Mai dkk (1984), yang dikutip Keye dkk., pada wanita infertil menunjukkan bahwa mereka kurang biasa melakukan hubungan seksual dengan posisi yang lain dari pronasi atau supinasi dari pada wanita fertil. Penelitian lain mendapatkan bahwa wanita infertil berinisiatif untuk hubungan seksual yang lebih sering daripada sebelumnya. Hal ini dapat membuat pasangannya tidak enak dan dapat menyebabkan kekecewaan atau disfungsi seksual.¹⁶

Stres oleh karena berbagai sebab berpengaruh terhadap suami dan istri terutama secara langsung pada empat faktor perkawinan, yaitu meningkatkan konflik perkawinan dan ketidakpuasan seksual, serta menurunkan *sexual self-esteem* dan frekuensi hubungan seksual. Juga mempunyai efek negatif langsung pada kualitas hidup (yang terdiri dari aspek perkawinan, kesehatan, *self-efficacy*, dan kehidupan menyeluruh), maupun tak langsung pada kualitas hidup dengan mempengaruhi faktor-faktor perkawinan. Stres infertilitas dari pasangan dapat berefek langsung pada seluruh variabel lainnya. Konflik

Stres mempunyai efek negatif langsung pada kualitas hidup secara umum dan secara tidak langsung melalui depresi. Orang dalam keadaan stres lebih rentan terhadap penyakit, depresi, ansietas, rasa percaya diri yang lemah dan ketidakpuasan. Masalah fertilitas sering berhubungan dengan sejumlah stres, hambatan fungsi pernikahan yang bervariasi dan penurunan kualitas hidup.^{19,20}

d. Kualitas hidup.

Hubungan perkawinan 2 tahun setelah reevaluasi post operasi untuk terapi infertilitas menunjukkan penurunan relasi bahkan berpisah atau cerai. Pria yang berduka setelah pasangannya tidak hamil meskipun telah dioperasi tidak dapat mengatasi dan mendukung pasangannya seperti sebelumnya, sehingga hubungan emosi terganggu antara pasangan. Kebanyakan pasangan tidak dapat terbuka menunjukkan kesedihan dan kekecewaan pada pasangannya. Kehidupan seksual setelah 2 tahun post-operasi terutama pada wanita menunjukkan penurunan. Alasan yang paling mungkin adalah bahwa wanita merasa bertanggungjawab terhadap masalah ini dan menghubungkan fertilitas dengan femininitas, seksualitas dan harga diri. Beberapa wanita menganggap bahwa seks tidak bertujuan bila kehamilan tidak terjadi.⁶

Leblum dkk. (1987), yang dikutip Connolly dkk, infertilitas dapat meningkatkan relasi pasangan lebih dekat melalui berbagai rasa. Jadi, pasien infertilitas mungkin mempunyai fungsi yang tinggi sebagai pasangan dan mengalami penurunan dalam kesehatan psikis saat mereka mulai evaluasi infertilitas.⁷

Hubungan perkawinan 2 tahun setelah reevaluasi post operasi untuk terapi infertilitas menunjukkan penurunan relasi bahkan berpisah atau cerai. Pria yang berduka setelah pasangannya tidak hamil meskipun telah dioperasi tidak dapat mengatasi dan mendukung pasangannya seperti sebelumnya, sehingga hubungan emosi terganggu antara pasangan. Kebanyakan pasangan tidak dapat terbuka menunjukkan kesedihan dan kekecewaan pada pasangannya. Kehidupan seksual setelah 2 tahun post-operasi terutama pada wanita menunjukkan penurunan. Alasan yang paling mungkin adalah bahwa wanita merasa bertanggungjawab terhadap masalah ini dan menghubungkan fertilitas dengan femininitas, seksualitas dan harga diri. Beberapa wanita menganggap bahwa seks tidak bertujuan bila kehamilan tidak terjadi.⁶

secara aktif bersama-sama mencoba mengatasi kesulitannya serta merencanakan masa depan mereka, sehingga proses pemeriksaan berguna untuk relasinya.⁷

perkawinannya, keuangannya, dan fungsi psikologik secara umum relatif stabil dan

Lingkaran setan antara keguguran emosi-problem seksual-keguguran emosi sering terjadi. Penanganan medis merupakan hal yang invasif dan traumatis. Pertanyaan yang terfokus pada penampilan seksual dan kehidupan seksual yang sangat pribadi, termasuk frekuensi koitus, teknik koitus, hasrat seksual, dan respons seksual, perilaku seksual sebelum dan di luar perkawinan, riwayat abortus yang disengaja ketidak-enangan pada koitus dan pengetahuan seksual dan reproduksi dari tiap pasangan dapat dirasakan sebagai hal yang mengancam, membuat malu, ditekan, direndahkan dan tidak layak.^{3,16}

Kelanjutan terapi bila belum berhasil.²⁹ Akibatnya pasangan masih dihadapi dengan keputusan sulit tentang membutuhkan biaya. Kadang-kadang jauh untuk mencapai pusat pengobatan dan akan melahirkan, pengobatan infertilitas memerlukan waktu yang lama dan tidak untuk pemeriksaan dan pengobatan, wanita ditempatkan bersama dengan wanita yang banyak pria tidak merasa enak dituntut untuk memproduksi sperma dengan masturbasi. Pengobatan dan evaluasi dapat dirasakan menekan bagi pasangan. Misalnya kecemasan, keguguran dan sakit atau masalah perkawinan.³⁵

Hal ini tergantung pada kepribadian pasangan tersebut apakah akan menimbulkan klinik.⁷ gangguan emosi pada wanita yang belum mendapatkan anak setelah 18 bulan berobat di bahwa ada peningkatan perasaan depresi dan kegagalan, juga peningkatan kecemasan dan adalah oleh Moller dan Fallstrom (1991), yang dikutip Connolly dkk, menunjukkan pengobatan yang tidak berhasil. Salah satu penelitian longitudinal yang sangat jarang Infertilitas mengakibatkan sejumlah gangguan pula selama pengobatan serta hasil

e. Stres akibat terapi.

Infertilitas mengakibatkan sejumlah gangguan pula selama pengobatan serta hasil eesteem dan ketidakpuasan seksual juga mengganggu perasaan self-efficacy.^{19,20} problem fertilitas tampak lebih mengganggu identitas seksualnya, yaitu sexual self-mirip dengan dinamika stres sebab problem lainnya. Pada wanita, dinamika stres karena meningkatkan kualitas hidup. Bagi pria, dinamika stres dari problem fertilitas sangat perkawinan dan ketidakpuasan seksual cenderung menurunkan banyak aspek dari

Bila hasil pemeriksaan kedua pasangan infertil normal maka pasien dapat berespons dengan peningkatan *body image* dan *self-image*. Sebaliknya bila ditemukan suatu kelainan maka *body image* dan *self-image*-nya menderita khususnya bila diterangkan dengan cara dan pengistilahan yang negatif. Sehingga penemuan positif

mereka tidak berminat dalam aspek kehidupan lainnya.⁸ wanita melaporkan menjadi preokupasi pada kemampuannya untuk konsepsi sehingga mengalami perubahan fungsi seksual dan 1/3 merasakan perubahan harga diri. Banyak ditetapkan, 3/4 dari jumlah pasien mengalami perubahan mood, hampir separuh Sebagian besar pasien infertil merasakan perubahan negatif setelah infertilitas

pemeriksaan. Ini mencerminkan waktu penilaian psikologi yang berbeda.⁷ dan penurunan *GHQ (General Health Questionnaire)* dan angka kecemasan selama sebaliknya dari penelitian terdahulu yaitu pola angka depresi yang rendah secara umum Penelitian yang dilakukan Connolly dkk. (1992) mendapatkan hasil yang

menimbulkan hambatan bagi kepentingan program pengobatan.^{13,14,16,30} pasien di klinik infertilitas, karena pengalaman kegagalan pengobatan dapat penurunan afektif, frustrasi, depresi, kemarahan, ketidakpastian dan kecemasan pada sehingga menambah kesulitan. Peneliti lain melaporkan bahwa angka yang tinggi dari *inadequacy* dan *self-consciousness* untuk mempengaruhi kehidupan seksual pasangannya tiap pasangan hingga dapat menyebabkan rasa malu, kecemasan, frustrasi, stres, *fears of* Disadari atau tidak, hal ini mengancam emosi, fisik dan *sexual self-image* dari

tidak enak.^{7,32} tidak diketahui penyebabnya, meskipun pada penyebab yang jelas juga timbul perasaan ketegangan yang lebih tinggi pada pasangan dan berhubungan dengan infertilitas yang impotensi, peningkatan stres dan penurunan kualitas cairan semen. Didapatkan juga lebih dari 60% pria yang baru diketahui tentang infertilitas padanya, sering terjadi Dilaporkan bahwa pada pria yang perlu diperiksa cairan semennya dan juga pada

dibandingkan dengan orang lain.¹⁶ analisa semen pada waktu yang khusus menimbulkan perasaan bahwa ia akan bahwa hasil intercourse akan diperiksa dan dinilai derajatnya ; *sex on schedule*, juga untuk melakukan koitus pada waktu yang tertentu ; *postcoital test* menimbulkan rasa Pemeriksaan seperti pengukuran suhu basal tubuh harian mengingatkan pasangan

seharusnya digunakan untuk menguatkan perasaan positif, tetapi hasil yang negatif harus dijelaskan dengan istilah yang tidak memberikan dampak psikologis yang negatif.¹⁶

Pengobatan dengan hormon menginduksi perubahan mood dan menyebabkan iritabilitas, mudah menangis dan toleransi frustrasi yang rendah pada wanita ; *Clomiphene citrat* yang paling sering. Efek samping yang lain adalah rontoknya rambut, gangguan penglihatan dan nyeri pelvik yang akan menambah iritabilitas pasien. Pada pria pengobatan yang sama menimbulkan efek yang anekdotal dari keadaan distorik. *Menotropin* menimbulkan labilitas emosi. Bromocriptin berhubungan dengan mimpi buruk dan keadaan cemas, dosis yang tinggi menimbulkan kebingungan dan halusinasi visual atau auditorik. *Danazol* suatu androgen sintetik, yang digunakan untuk pengobatan endometriosis dapat menyebabkan perubahan mood segera dan juga hirsutism. Beberapa wanita melaporkan adanya penurunan libido pada terapi dengan progestin atau progesteron.¹⁶

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian :

Studi Kasus Kontrol (*Case Control*). Dari daftar pasien infertil dikelompokkan menjadi infertil (kasus) dan non-infertil (kontrol), kemudian masing-masing dinilai sindrom depresi yang dialami pada waktu sebelumnya (retrospektif). Desain ini merupakan rancangan studi epidemiologi analitik yang bersifat observasional yang cukup kuat untuk menentukan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian sindroma depresi dan mengukur besar risiko.³⁷

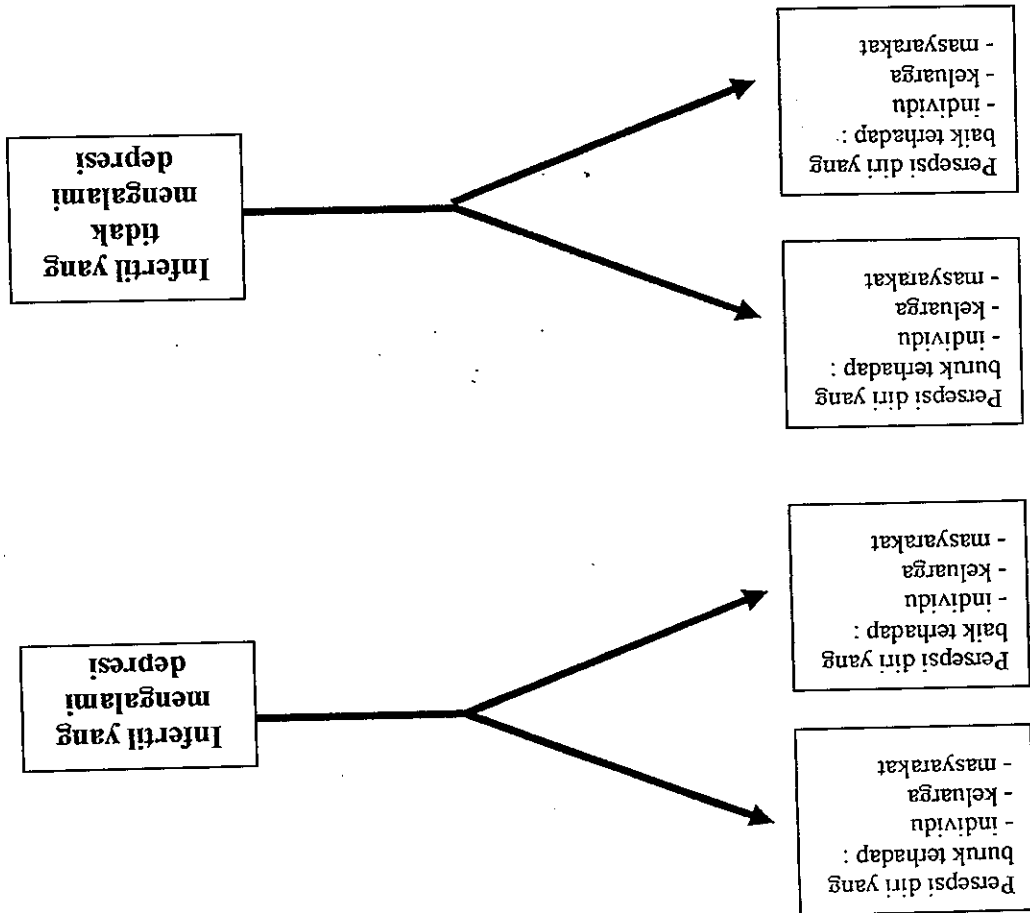


Diagram 1. Skema studi kasus-kontrol faktor risiko persepsi diri terhadap kejadian stres pada wanita infertil

B. Tempat dan Waktu
 Penelitian dilakukan di Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan dr. Lilien Eka Chandra, MRcpSc, SpOG, Jl. Erlangga Raya 39, Semarang. Waktu penelitian dilakukan selama 3 bulan, yaitu dari bulan Juli-September 2005.

C. Populasi dan Sampel
 Populasi adalah kasus infertilitas primer perempuan yang dirawat di Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan dr. Lilien Eka Chandra, MRcpSc, SpOG, dengan kunjungan aktif pada bulan Juli – September 2005.
 Sampel Kasus adalah semua pasien yang berobat di klinik yang didiagnosis mengalami infertilitas primer, dinyatakan mengalami sindrom depresi menurut skala pengukuran *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)*
 Kontrol adalah pasien infertil yang berkunjung ke klinik, pada bulan yang sama dengan kasus. Dinyatakan tidak mengalami sindrom depresi menurut skala pengukuran *ZSDS*

1. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

- a. Kriteria Inklusi
- Kelompok Kasus :
 1. Dinyatakan infertilitas primer pada tahapan pemeriksaan klinik
 2. Dinyatakan mengalami sindrom depresi dengan pemeriksaan Zung
 3. Umur 15 – 45 tahun
 4. Bersedia mengikuti penelitian dgn mengisi kuesioner
 5. Tidak menggunakan obat-obatan yang memicu sindrom depresi
- Kelompok Kontrol:

- a. Dinyatakan infertilitas primer pada tahapan pemeriksaan klinik
- b. Dinyatakan tidak mengalami sindrom depresi dengan pemeriksaan Zung
- c. Umur 15 – 45 tahun
- d. Bersedia mengisi kuesioner

Pasien yang datang di klinik pertama kali dilakukan pemeriksaan infertilitas. Pasien yang fertl disisihkan, dan yang dinyatakan infertilitas primer dengan serangkaian pemeriksaan diberi kuesioner Zung untuk menentukan status depresi. Berdasarkan hasil pemeriksaan Zung dapat dikategorikan menjadi 2 kelompok, yaitu wanita dengan infertilitas primer yang mengalami sindrom depresi dan wanita dengan infertilitas primer yang tidak mengalami sindrom depresi. Semua pasien infertilitas primer yang mengalami sindrom depresi kemudian dilakukan wawancara untuk melengkapi karakteristik individu dan pengukuran persepsi diri. Sedangkan pada pasien infertilitas primer yang tidak mengalami sindrom depresi dirandom sejumlah

D. Cara Kerja

Diperkirakan $P2 = 3,26\%$, maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan adalah :
 $N1 = n2 = 76$ kasus dan 76 kontrol.
 Namun oleh karena terbatasnya waktu penelitian maka semua kasus yang diidentifikasi pada waktu pengumpulan data diambil sebagai kasus dan kontrolnya dengan jumlah yang sama dengan kasus (1:1).

2. Besar Sampel
 Dilihtung dengan menggunakan besar sampel minimal untuk studi kasus kontrol sbb. :

$$N1 = n2 = \frac{(Z\alpha \sqrt{2PQ} + Z\beta \sqrt{P1Q1 + P2Q2})^2}{(P1 - P2)^2}$$

1. Menggunakan obat-obatan atau zat yang memicu sindrom depresi (misal: antihipertensi reserpine, B blocker, Katergantungan alcohol, Neuroleptika, antirematika, kontrasepsi (progesterone))
2. Menderita penyakit kronis atau penyakit organik lainnya yang dapat menyebabkan sindrom depresi (misal: hypothyroidism, neoplasma, postpartum)
- e. Tidak menggunakan obat-obatan yang memicu sindrom depresi
- b. Kriteria Eksklusi:
 1. Menggunakan obat-obatan atau zat yang memicu sindrom depresi (misal: antihipertensi reserpine, B blocker, Katergantungan alcohol, Neuroleptika, antirematika, kontrasepsi (progesterone))
 2. Menderita penyakit kronis atau penyakit organik lainnya yang dapat menyebabkan sindrom depresi (misal: hypothyroidism, neoplasma, postpartum)

yang sama dengan kasus kemudian diwawancarai dengan prosedur yang sama dengan kelompok kasus.

E. Identifikasi variabel

Variabel Dependen adalah skala depresi Zung (ZSDS)

Variabel independen :

a. Persepsi diri pada faktor Internal meliputi:

1. Lama pasangan mencari pertolongan untuk hamil

2. Besarnya keyakinan usaha untuk membuahkan hasil

3. Besarnya harapan membuahkan hasil

4. Mengenai diri sendiri

5. Pada pendapat bahwa wanita menikah harus memiliki anak

6. Pada pendapat bahwa wanita lebih utama untuk terjadinya kehamilannya

7. Pada pendapat secara biologis- psikis-sosial bahwa wanita memang harus

mengandung dan melahirkan anak

8. Pada pendapat bahwa untuk kebahagiaan di dalam perkawinan anak yang

diharapkan menjadi tujuan utama

9. Riwayat sindrom depresi sebelumnya

10. Riwayat penggunaan Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif

(NAPZA)

b. Persepsi diri pada faktor Keluarga meliputi:

1. Kelekatan hubungan dengan ibu

2. Kelekatan dengan ibu sebagai penyebab ingin menjalankan peran sebagai ibu

3. Menyebabkan adanya konflik dan ketegangan emosi dengan suami

4. Menyebabkan dengan pasangan saling menyakinkan

5. Biaya pengobatan yang telah dikeluarkan

6. Jumlah tes dan pemeriksaan terapi infertilitas

7. Kepuasan kehidupan seksual

8. Seringnya mendapatkan orgasme dalam hubungan seksual

9. Kepuasan dengan kehidupan yang dijalani saat ini

10. Belum adanya anak menyebabkan merasa kehilangan kebahagiaan perkawinan

c. Persepsi diri pada faktor Masyarakat meliputi:

1. Tuntutan keluarga besar untuk segera memiliki anak
2. Dukungan keluarga besar untuk memiliki anak
3. Tuntutan lingkungan sosial segera memiliki anak
4. Dukungan lingkungan sosial segera memiliki anak
5. Pendapat masyarakat bahwa wanita tanpa memiliki anak berarti gagal berperan sebagai ibu
6. Pendapat masyarakat bahwa wanita tanpa memiliki anak berarti perkawinan yang dijalani "tidak beres"
7. Pendapat masyarakat bahwa wanita tanpa memiliki anak berarti ada yang salah dari pihak wanita
8. Pendapat masyarakat bahwa wanita tanpa memiliki anak berarti ada yang salah dari pihak laki-laki
9. Pengetahuan pribadi, norma suku bangsa responden tentang keharusan memiliki anak biologis
10. Pengetahuan pribadi, norma agama responden tentang keharusan memiliki anak biologis

F. Manajemen dan Analisa Data

Data yg terkumpul kemudian di-*edit*, di-*coding* dan di-*entry* dalam file komputer setelah dilakukan analisis deskriptif dan analitik.

Analisis deskriptif meliputi analisis distribusi karakteristik individu dan persepsi diri terhadap faktor individu, keluarga dan masyarakat terhadap infertilitas disilangkan dengan status depresi.

Analisis analitik dianalisis dengan 2 langkah: Langkah pertama dengan menguji hipotesis masing-masing item pertanyaan dalam persepsi diri terhadap faktor individu, keluarga dan masyarakat terhadap infertilitas dengan kejadian depresi. Langkah kedua dengan mencoba menguji hipotesis skor gabungan persepsi diri

terhadap faktor individu, keluarga dan masyarakat terhadap infertilitas dengan Analisis deskriptif dan analitik dengan menggunakan program Statistik SPSS 11.0 for Windows

G. Instrumen Penelitian

1. *Zung Self Rating Depression Scale (ZSDS)*

ZSDS adalah suatu inventori yang dikembangkan oleh William WK Zung pada tahun 1965 untuk mengukur derajat depresi secara kuantitatif. ZSDS terdiri dari 20 item yang dikembangkan untuk memeriksa 3 aspek dasar depresi yaitu:

1. *Pervasive affect*
2. *Physiological concomitant*
3. *Psychological concomitant*

ZSDS terdiri dari 10 item gejala-gejala positif dan 10 item gejala-gejala negatif. Kemudian responden diminta untuk memilih 1 antara 4 poin yang sesuai dengan dirinya. Skor terendah adalah 20 dan skor tertinggi adalah 80. Perisian jawaban dan skor ZSDS adalah sebagai berikut:

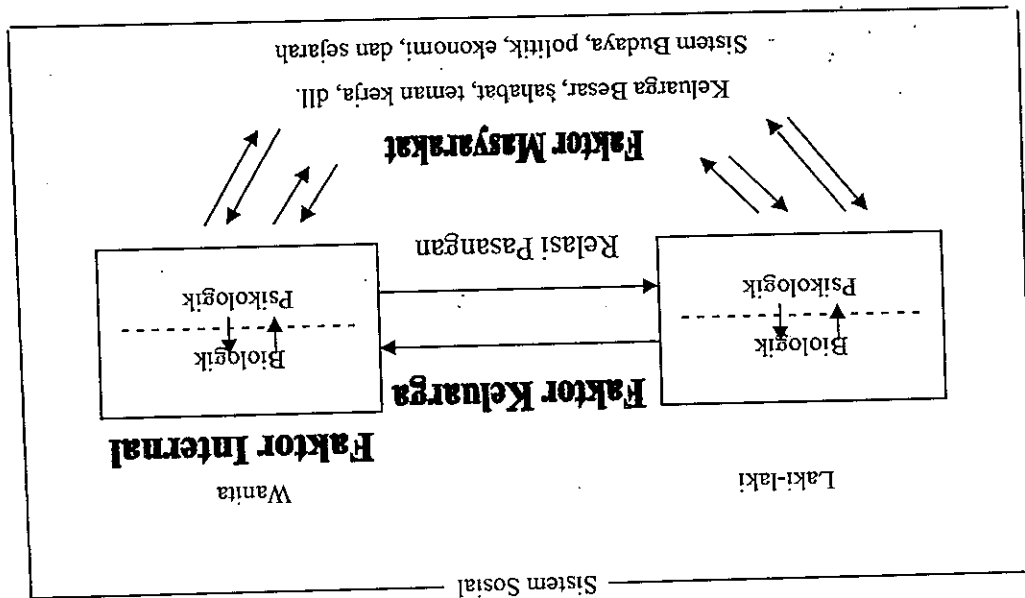
1. Tidak pernah sama sekali (skor: 1)
 2. Kadang-kadang saja mengalami hal yang demikian (skor: 2)
 3. Sering mengalami hal yang demikian (skor: 3)
 4. Selalu mengalami hal yang demikian setiap hari (skor: 4)
- Bila skor : 50 – 59 : depresi ringan
 60 – 69 : depresi sedang
 > 70 : depresi berat

2. Kuesioner

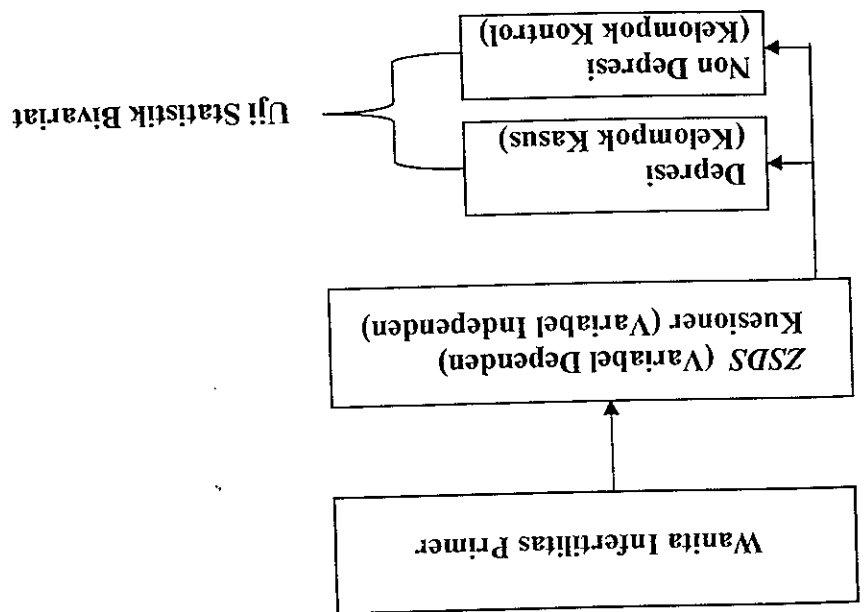
Kuesioner terdiri dari 8 item data responden dan 30 item pertanyaan persepsi diri yang terbagi menjadi 3 bagian besar, yaitu: Persepsi Diri pada faktor Internal, Persepsi Diri pada faktor Keluarga dan Persepsi Diri pada faktor Masyarakat. Kuesioner disusun berdasar referensi pada tinjauan pustaka.

- H. Definisi Operasional Variabel
1. Infertilitas Primer adalah istri belum pernah hamil walaupun besenggama dan dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan selama 12 bulan.²¹
 2. Batasan usia 15 – 45 tahun, yaitu masa reproduksi wanita
 3. Sindrom depresi dinilai dengan *Zung Self Rating Depression Scale*. Bila skor
 - a. 50 – 59 : depresi ringan
 - b. 60 – 69 : depresi sedang
 - c. > 70 : depresi berat
- I. Kerangka Konsep

Model Bio-Psiko-Sosial Infertilitas
(Williams I, Bischoff R, Ludes J, 1992)²⁰



J. Skema Penelitian



HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB IV

A. Karakteristik Responden dan Hasil Analisis Statistik Bivariat

Responden adalah wanita dengan infertilitas primer yang menjalani terapi untuk mendapatkan anak biologis di Klinik Kebidanan Kandungan dr. Lilien Eka Chandra MRcpSc, SpOG, Semarang. Pengisian kuesioner dilakukan sendiri dengan / atau bersama suami di ruang tunggu saat menunggu giliran untuk menjalani terapi.

Jumlah responden ada 46 orang (24 orang sebagai kasus dan 24 orang sebagai kontrol). Distribusi karakteristik responden penelitian disajikan pada tabel di bawah ini:

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Menurut Status Depresi

Karakteristik Responden	Status Depresi		Nilai-p
	Depresi (%)	Non-Depresi (%)	
Agama			
• Islam	15 (65,2)	20 (87,0)	0,122 *
• Katolik	3 (13,0)	0 (0,0)	
• Protestan	5 (21,7)	2 (8,7)	
• Hindu	0 (0,0)	1 (4,3)	
• Budha	0 (0,0)	0 (0,0)	
Umur			
• < 25 th	2 (8,7)	1 (4,3)	0,815 **
• 26-30 th	14 (60,9)	16 (69,6)	
• 31-35 th	6 (26,1)	4 (17,4)	
• > 35 th	1 (4,3)	2 (8,7)	
Jumlah	23 (50,0)	23 (50,0)	
Lama Menikah			
• < 4 th	12 (52,2)	14 (60,9)	0,952 **
• 4-7 th	8 (34,8)	8 (34,8)	
• > 7 th	2 (8,7)	1 (4,3)	
Jumlah	23 (50,0)	23 (50,0)	
Perkawinan ke :			
• Pertama	22 (100,0)	23 (100,0)	
• Kedua			
• Ketiga			
Jumlah			
Pendidikan Terakhir			
• SD	10 (43,5)	16 (69,6)	0,137 *
• SLTP			
• SLTA	13 (56,5)	7 (30,4)	
• S-1			
• S-2			
Jumlah			

maka data pada tabel 1 dipresentasikan kedalam bentuk grafik batang pada Grafik 1 sampai Grafik 4.

Untuk lebih memperjelas distribusi karakteristik individu terhadap status depresi, range kuesioner penghasilan yang dipergunakan berbeda.

Semuanya termasuk kelompok menengah bawah, hal ini tidak dapat dibandingkan karena S-1, tetapi yang terbanyak adalah setingkat SMA (73 %). Dari segi penghasilan Dari segi pendidikan didapatkan bervariasi mulai setingkat SD sampai setingkat rerata umur responden kelompok kasus adalah $32,4 \pm 4,2$ tahun (tanpa kelompok kontrol). Dari penelitian Hinggo dkk (1994) di Surabaya dengan 60 responden didapat hasil

penghasilan responden saja, semuanya termasuk kelompok menengah ke atas. setingkat S-1 lebih banyak daripada kelompok kasus (56,5% vs 30,4). Dari segi pendidikan sedikit lebih tinggi daripada kelompok kontrol karena yang berpendidikan seoranganpun berpendidikan hanya setingkat SD dan SMP. Pada kelompok kasus tingkat Dari segi pendidikan, responden termasuk kelompok menengah ke atas karena tidak kontrol $3,8 \pm 3,2$ tahun. Urutan perkawinan semua responden adalah yang pertama kali. 28,9 \pm 3,7 tahun. Rerata lama menikah pada kelompok kasus $3,7 \pm 2,2$ tahun dan kelompok Rerata umur responden kelompok kasus adalah $29,2 \pm 3,8$ tahun dan kelompok kontrol mengalami sindrom depresi ternyata secara statistik menunjukkan adanya kesamaan. kelompok kasus (yang mengalami sindrom depresi) dengan kelompok kontrol (yang tidak

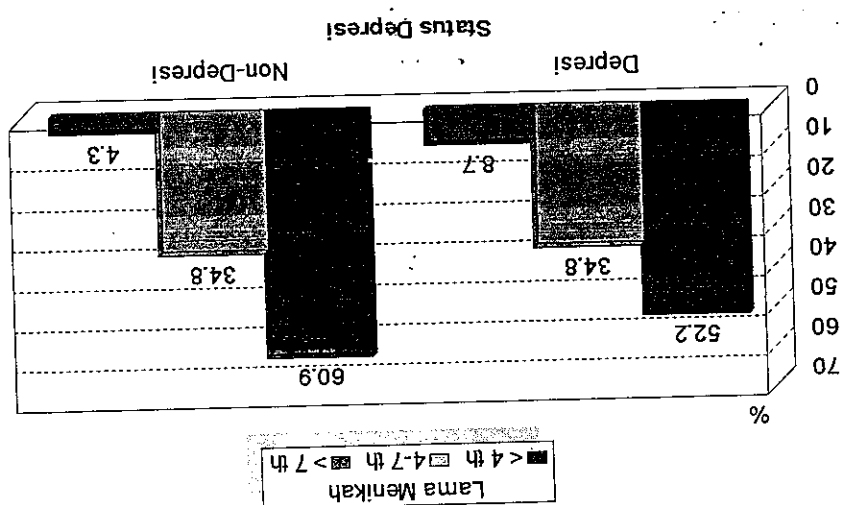
Dari Tabel 1 dapat dilihat bahwa distribusi karakteristik individu responden antara

Catatan :
*) : Pearson Chi-Square test
**) : Independent t-test

Pendapatan Bersih Per-Bulan		Jumlah	
• Tak kerja	7 (30,4)	• - Rp 1 jt	8 (34,8)
• - Rp 5 jt	6 (26,1)	• - Rp 5 jt	10 (43,5)
• - Rp 10 jt	7 (30,4)	• - Rp 10 jt	4 (17,4)
• - Rp 15 jt	3 (13,0)		
• - Rp 20 jt			
• > Rp 20 jt			
		0,182 *	

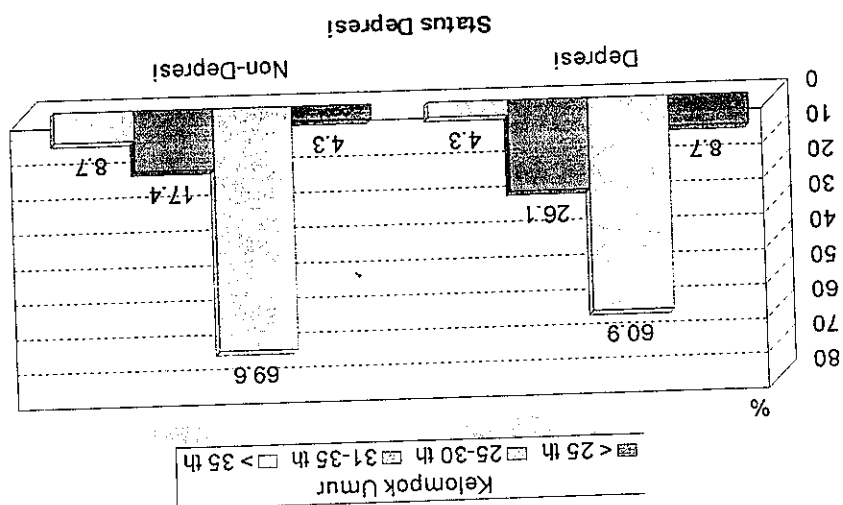
Grafik 2. Distribusi status depresi responden menurut lama menikah

Pada Grafik 2 terlihat ada kecenderungan menarik, dimana semakin lama menikah maka semakin kecil proporsi yang mengalami sindrom depresi.



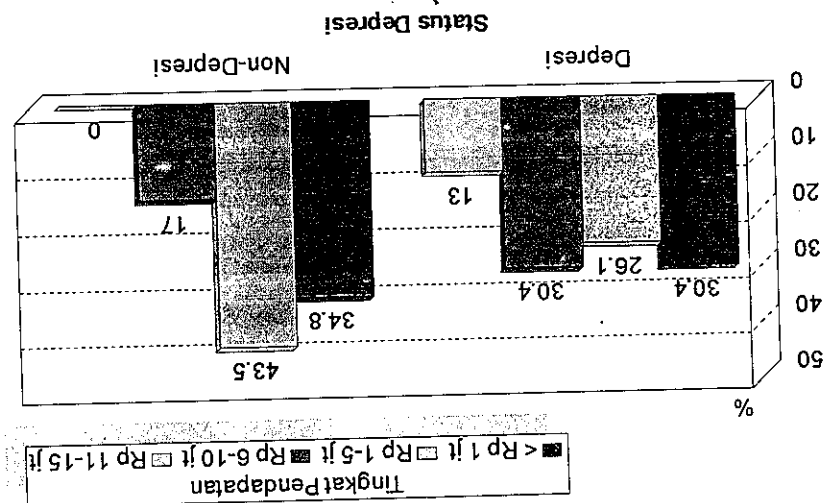
Grafik 1. Distribusi status depresi responden menurut kelompok umur

Dari Grafik 1 terlihat kelompok umur 26-30 tahun dan diikuti kelompok 31-35 tahun merupakan umur terbanyak pasien infertil yang mencari perawatan. Sedangkan kelompok umur yang proporsi sindrom depresinya tinggi dibandingkan yang mencari perawatan adalah kelompok umur kurang 25 tahun dan kelompok 31-35 tahun.



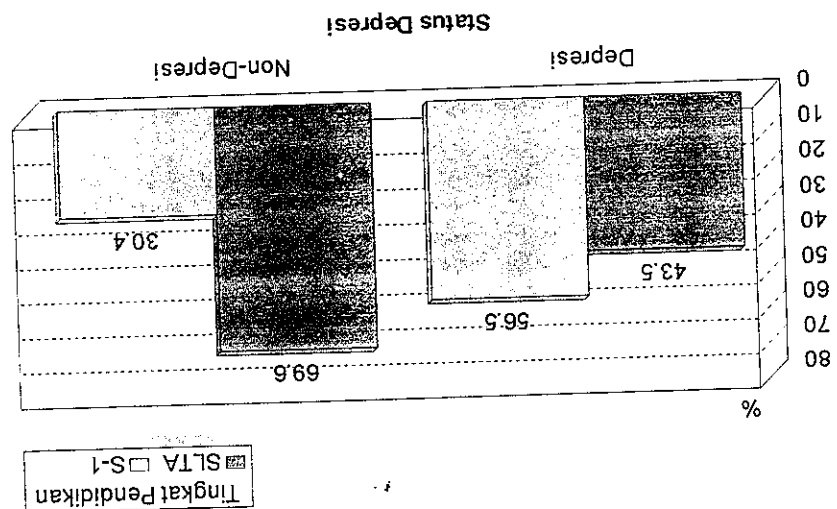
Dari Grafik 4 terlihat proporsi responden infertil yang mengalami sindrom depresi lebih kecil pada kelompok berpenghasilan kurang dari Rp 5 juta, namun meningkat pada kelompok yang penghasilannya cukup tinggi (Rp 6 juta ke atas).

Grafik 4. Distribusi status depresi responden menurut pendapatan bersih/bulan



Dari Grafik 3 terlihat jelas responden infertilitas yang tinggi tingkat pendidikannya (S1) lebih tinggi proporsinya yang mengalami sindrom depresi dibandingkan yang lebih rendah tingkat pendidikannya (SLTA).

Grafik 3. Distribusi status depresi responden menurut tingkat pendidikan responden



B. Karakteristik Suami Responden dan Hasil Analisis Statistik Bivariat
Tabel 2. Distribusi Karakteristik Suami Menurut Status Depresi

Nilai-p	Status Depresi		Karakteristik Suami	Agama	Jumlah	Umur	Jumlah	Lama Menikah	Jumlah	Perkawinan ke :	Jumlah	Pendidikan Terakhir	Jumlah	Pendapatan Bersih Per-Bulan	Jumlah
	Depresi (%)	Non-Depresi (%)													

Gambaran karakteristik suami yang dikembangkan antara suami dan istri. Dengan jumlah responden terbanyak pendidikan suami S-1, komunikasi yang kemungkinan besar dikembangkan antar pasangan adalah sejar. Dari segi penghasilan, dengan penghasilan suami yang saling mendukung dengan penghasilan istri dapat membiayai terapi infertilitas yang tidak murah, sehingga dari sisi keuangan bukanlah menjadi sumber stres baru dalam menyelesaikan problem ini. Walaupun antara sindrom depresi dan kontrol tidak bermakna secara statistik, tetapi dari hasil wawancara didapat kesan, bahwa suami

wanita merasa pria tidak tertarik dengan problem infertilitas mereka. Gambaran karakteristik pendidikan suami menggambarkan secara tidak langsung pola komunikasi yang dikembangkan antara suami dan istri. Dengan jumlah responden terbanyak pendidikan suami S-1, komunikasi yang kemungkinan besar dikembangkan antar pasangan adalah sejar. Dari segi penghasilan, dengan penghasilan suami yang saling mendukung dengan penghasilan istri dapat membiayai terapi infertilitas yang tidak murah, sehingga dari sisi keuangan bukanlah menjadi sumber stres baru dalam menyelesaikan problem ini. Walaupun antara sindrom depresi dan kontrol tidak bermakna secara statistik, tetapi dari hasil wawancara didapat kesan, bahwa suami

menengah sampai atas. Penelitian Connolly dkk. (1992) menemukan bukti adanya psikopatologi pada pasangan yang mencari pengobatan infertilitas dalam 7-9 bulan. Dalam hal ini mungkin ada elemen seleksi sendiri, yaitu bahwa pasangan mencari pengobatan infertilitas bila secara aktif bersama-sama mencoba mengatasi kesulitannya serta merencanakan masa depan mereka, sehingga proses pemeriksaan berguna untuk relasinya. Stephenson (1984), yang dikutip Williams dkk, wanita secara tradisional lebih merasakan penting sebagai ibu untuk *self-identity*, sedangkan pria yang penting untuk *self-identity* adalah karier. Ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa pada pria, lebih besar penghasilan rumah tangganya, lebih sedikit stres karena problem infertilitas dirasakan, perbedaan ini kadang-kadang menyebabkan konflik karena

Gambaran karakteristik suami pada Tabel 2 juga secara statistik tidak berbeda bermakna antara kelompok sindrom depresi (kasus) dan kelompok non-depresi (kontrol). Rerata umur suami responden kelompok kasus $31,6 \pm 3,7$ tahun dan kelompok kontrol $31,2 \pm 3,0$ tahun. Sedangkan rerata lama menikah suami kelompok kasus $3,7 \pm 2,2$ tahun dan kelompok kontrol $3,7 \pm 3,1$ tahun. Pada kelompok sindrom depresi, semua suami responden merupakan perkawinan pertama dan hanya seorang (4,3%) pada kelompok kontrol mempunyai urutan perkawinan ketiga. Tingkat pendidikan suami responden kelompok kasus dan kontrol seimbang, begitu pula dari pendapatan bersih perbulan. Distribusinya menunjukkan dari segi penghasilan suami kelompok studi merupakan kelas

mendukung penuh secara finansial dan psikologis usaha yang dilakukan, sesuai dengan penelitian Connolly.

C. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Tes Zung Self Rating Depression Scale

Tabel 3. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Tes Zung

No	Pertanyaan	Jawaban Responden										Nilai-p*
		Depresi					Non-Depresi					
1.	Sedih & murung	Tidak/ Jarang	Kadang-kadang	Sering	Sering / Jarang	Tidak/ Jarang	Kadang-kadang	Cukup sering	Sering / Jarang	Sering / Jarang	0,002	
2.	Paling baik pada pagi hari	8 (34,8)	8 (34,8)	4 (17,4)	3 (13,0)				5 (21,7)		0,010	
3.	Merasa ingin menaings	8 (34,8)	7 (30,4)	5 (21,7)	3 (13,0)	10 (43,5)	12 (52,2)	1 (4,3)			0,104	
4.	Sulit tidur lelap sepanjang malam	5 (21,7)	10 (43,5)	5 (21,7)	3 (13,0)	18 (78,3)	4 (17,4)	1 (4,3)			< 0,000	
5.	Makan sebanyak biasanya	5 (21,7)	7 (30,4)	8 (34,8)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	10 (43,5)	9 (39,1)		0,005	
6.	Suka wanita/pria menikmati yang menarik	4 (17,4)	10 (43,5)	4 (17,4)	5 (21,7)	1 (4,3)	7 (30,4)	10 (43,5)	5 (21,7)		0,147	
7.	Berat badan menurun	9 (39,1)	12 (52,2)	1 (4,3)	1 (4,3)	19 (82,6)	4 (17,4)				0,002	
8.	Sulit konsentrasi	9 (39,1)	8 (34,8)	5 (21,7)	1 (4,3)	11 (47,8)	10 (43,5)	21 (91,3)			0,111	
9.	Detak jantung lebih cepat	9 (39,1)	8 (34,8)	5 (21,7)	1 (4,3)	16 (69,6)	7 (30,4)				0,013	
10.	Merasa lelah tanpa alasan	6 (26,1)	10 (43,5)	6 (26,1)	1 (4,3)	12 (52,2)	8 (34,8)	3 (13,0)			0,050	
11.	Pikiran saya segenih dulu	7 (30,4)	8 (34,8)	8 (34,8)		2 (8,7)	5 (21,7)	11 (47,8)	4 (17,4)		0,008	

Pada Tabel 3 terlihat ada distribusi yang menarik pada perbandingan hasil tes Zung pada kelompok kasus dan kontrol. Dari 20 item tes ternyata hanya 5 item yang tidak berbeda secara bermakna, yaitu : perasaan ingin menangs, suka menikmati wanita/pria yang menarik, mengalami konstipasi, detak jantung lebih cepat, hidup saya cukup penuh. Sedangkan ke-15 item tes lainnya menunjukkan perbedaan yang sangat signifikan ($p < 0,05$).

Ke-5 item tersebut kemungkinan karena pemahaman responden pada pertanyaan tersebut masih kurang. Atau pun pertanyaan tersebut pada wanita-wanita timur secara umum bukanlah hal yang dirasakan mengganggu saat mengalami sindrom depresi.

Catatan $P < 0,05$ berbeda bermakna secara klinis

*) Mann-Whitney U test

12.	Mudah melakukan hal-hal yang sering saya lakukan	6	11	(26,1)	(47,8)	5	(21,7)	1	(4,3)	2	(8,7)	10	(43,5)	9	(39,1)	< 0,0001	
13.	Gelisah dan tak bisa tenang diam	7	6	(26,1)	10	(43,5)		18	(78,3)	4	(17,4)	1	(4,3)			0,001	
14.	Memunyai harapan untuk masa depan		7	(30,4)	7	(30,4)	9	(39,1)				7	(30,4)	16	(69,6)	0,010	
15.	Mudah marah dari biasanya	3	9	(39,1)	7	(30,4)	4	(17,4)	17	(73,9)	4	(17,4)	2	(8,7)		< 0,0001	
16.	Mudah membuat suatu keputusan	7	11	(30,4)	(47,8)	3	(13,0)	2	(8,7)	3	(13,0)	7	(30,4)	6	(26,1)	0,016	
17.	Saya berguna dan dibutuhkan	6	12	(26,1)	(52,2)	3	(13,0)	2	(8,7)			6	(26,1)	9	(39,1)	< 0,0001	
18.	Hidup saya cukup penuh	11	6	(26,1)	5	(21,7)	1	(4,3)	4	(17,4)	10	(43,5)	4	(17,4)	4	(17,4)	0,067
19.	Orang lain akan lebih baik jika saya meninggal	12	9	(39,1)	2	(8,7)			23	(100,0)						< 0,0001	
20.	Menikmati hal-hal yang biasa saya lakukan	5	5	921,7	9	(39,1)	4	(17,4)			2	(8,7)	7	(30,4)	14	(60,9)	0,001

Namun boleh disimpulkan karena jauh lebih banyak item tes (15) yang berbeda bermakna daripada item tes yang tidak bermakna (5), maka tes Zung ini masih layak dipakai untuk membedakan status sindrom depresi.

D. Jawaban Responden Terhadap Persepsi diri kepada faktor internal tentang infertilitas

Tabel 4. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Persepsi diri kepada faktor internal tentang infertilitas

Persepsi Diri Faktor Internal	Status Depresi		Nilai-p*
	Depresi (%)	Non-Depresi (%)	
Lama mencari pertolongan untuk hamil	<ul style="list-style-type: none"> • 1 th • 2 th • 3 th • 4 th • 5 th • > 5 th 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 th • 2 th • 3 th • 4 th • 5 th • > 5 th 	0,309 *
Keyakinan Berhasil	1. Tidak yakin 2. Ragu-ragu 3. Biasa saja 4. Yakin 5. Sangat yakin	1. (4,3) 1 (4,3) 3 (13,0) 10 (43,5) 8 (34,8)	0,066 *
Membuahkan hasil	1. Tidak besar 2. ragu-ragu 3. Biasa saja 4. Besar 5. Sangat besar	0 (0,0) 3 (13,0) 3 (13,0) 9 (39,1) 8 (34,8)	0,254 *
Pendapat diri sendiri ttg infertilitas	1. Tak ada yg salah 2. Bukan salah saya 3. Biasa saja 4. Ragu-ragu 5. Salah saya	12 (52,2) 1 (4,3) 6 (26,1) 3 (13,0) 1 (4,3)	0,227 *
Wanita nikah harus punya anak ?	1. Tak harus 2. Memang perlu 3. Harus 4. Pasti 5. Sangat pasti	5 (21,7) 5 (21,7) 10 (43,5) 2 (8,7) 1 (4,3)	0,220 *
Untuk hamil wanita lebih utama	1. Tak benar 2. ragu-ragu 3. Benar 4. Sudah seharusnya	7 (30,4) 9 (39,1) 2 (8,7)	0,881 *

1. Tidak menyadari adanya kehamilan.
 2. Karena kehamilan ini tidak ada obyek yang nyata dan sesungguhnya.
 3. Kehilangan dirasakan sebagai *socially unspeakable*.
 4. Lingkungan sosial menganggap tidak baik untuk membicarakan hal ini.
 5. Ada ketidakpastian tentang kehilangan tersebut.
 6. Dalam persentasi tertentu kasus infertilitas tidak pernah tercapai diagnosis penyebab
 7. Kemungkinan tidak adanya sistem dukungan sosial.
- organiknya sehingga masih ada kemungkinan menjadi hamil pada setiap siklus.
- ini dapat terjadi karena :¹⁵

Sindrom depresi pada kasus infertilitas memang kadang-kadang tidak timbul. Hal nomor 2 hampir berbeda bermakna antara kelompok kasus dan kontrol. Hanya pertanyaan 'keyakinan berhasil' pada item antara kelompok kasus dan kontrol. Tidak satupun item pertanyaan berbeda bermakna faktor internal tentang infertilitas. Tabel 4 menunjukkan distribusi jawaban responden terhadap persepsi diri kepada

*) Mann-Whitney U test
 **) Pearson Chi-Square test dengan Yates Correction
 ***) Fischer Exact-test

5. Pasti begitu	3 (13,0)	5 (21,7)	0 (0,0)
Wanita harus mengandung dan melahirkan	6 (26,1)	5 (21,7)	0,343 *
1. Tak benar	1 (4,3)	2 (8,7)	
2. Ragu-ragu	8 (34,8)	3 (13,0)	
3. Benar	7 (30,4)	12 (52,2)	
4. Sudah seharusnya	1 (4,3)	1 (4,3)	
5. Pasti begitu			
Anak tujuan perkawinan bahagia	5 (21,7)	9 (39,1)	0,700 *
1. Tak selalu begitu	5 (21,7)	9 (39,1)	
2. ragu-ragu	1 (4,3)	1 (4,3)	
3. Benar	9 (39,1)	4 (17,4)	
4. Sudah seharusnya	5 (21,7)	4 (17,4)	
5. Pasti begitu	3 (13,0)	5 (21,7)	
Perasaan tertekan > 2 minggu	7 (30,4)	3 (13,0)	0,248 **
1. Ya	15 (65,2)	20 (87,0)	
2. Tidak			
Riwayat pakai NAPZA	1 (4,3)	0 (0,0)	0,500 ***
1. Ya	2 (91,3)	22 (100,0)	
2. Tidak			

8. Dukacita menetap dan menyakitkan. Dapat terjadi penolakan terhadap perasaan ini tanpa jaminan bahwa keluarga dan teman dapat menolong dan memberi perasaan menyenangkan.

F. Jawaban Responden Terhadap Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas

Tabel 5. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas

Nilai-p	Status Depresi		Persepsi Diri Faktor Keluarga	
	Depresi (%)	Non-Depresi (%)	1. Ya	2. Tidak
0,004 **	22 (95,7)	1 (4,3)	Hubungan dengan ibu kuat	13 (56,5) 10 (43,5)
0,010 **	21 (91,3)	1 (4,3)	Ingin peran ibu	14 (60,9) 9 (39,1)
0,738 **	7 (30,4)	16 (69,9)	Infertilitas penyebab konflik	5 (21,7) 18 (78,3)
0,667 **	3 (13,0)	20 (87,0)	Infertilitas saling menyalahkan	3 (13,0) 20 (87,0)
0,760 *	9 (39,1)	14 (60,9)	Biaya pengobatan memberikan	8 (34,8) 15 (65,2)
1,00 *	7 (30,4)	16 (69,6)	Jumlah tes memberikan	7 (30,4) 16 (69,6)
0,001 **	23 (100,0)		Puas dengan kehidupan seksual	14 (60,9) 9 (39,1)
0,002 **	22 (95,7)	1 (4,3)	Sering orgasme	12 (52,2) 10 (43,5)
0,004 *	16 (69,6)	7 (30,4)	Puas dengan hidup ini	5 (21,7) 17 (73,9)
0,924 *	6 (26,1)	17 (73,9)	Kehilangan kebahagiaan perkawinan	7 (30,4) 15 (65,2)

**) Fischer Exact test
) Pearson Chi-Square test dengan Yates Correction

Pada Tabel 5 ditampilkan distribusi jawaban responden terhadap persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas. Dari 10 item pertanyaan / tes ternyata separuhnya (5 item) berbeda secara bermakna, yaitu hubungan kuat dengan ibu, ingin peran ibu, kepuasan hubungan seksual dengan pasangan, frekuensi mengalami orgasme dan kepuasan dengan hidupnya.

Dilakukan perhitungan besar risiko (Odds Ratio) pada item pertanyaan yang berbeda bermakna pada kelompok sindrom depresi dan non-depresi. Hasilnya ditampilkan pada tabel sbb. :

Tabel 6. Ringkasan perhitungan besar risiko pada 5 item Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas yang bermakna

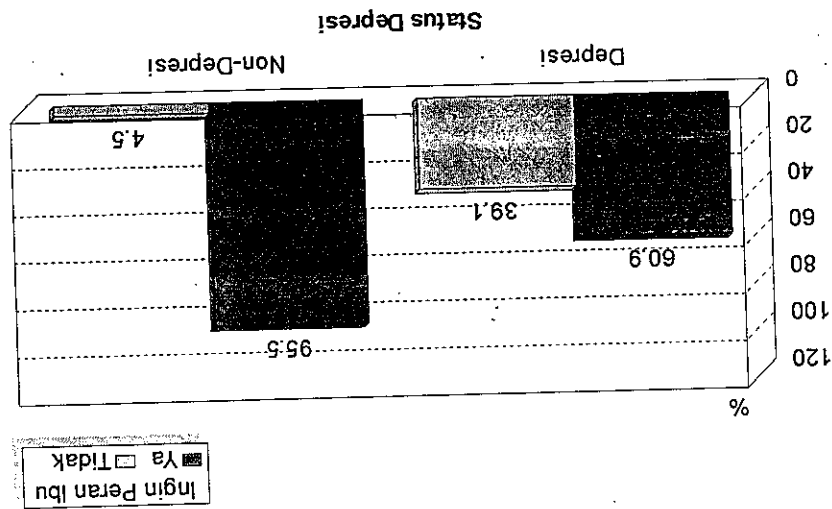
No.	Variabel	Odds Ratio	95% CI OR
1.	Tidak puas dalam kehidupan seksual	2,6	1,7-4,0
2.	Tidak merasa puas dalam kehidupan sekarang	7,8	2,0-29,4
3.	Tak berkeinginan peran sebagai ibu	13,5	1,5-125,0
4.	Hubungan tidak kuat dengan ibu	16,9	2,0-142,8
5.	Jarang mengalami orgasme	18,2	2,1-166,6

Dari Tabel 6 terlihat Odds Ratio terkecil yang berisiko terhadap kejadian sindrom depresi adalah persepsi diri terhadap faktor keluarga, pada ketidakpuasan dalam kehidupan seksual (OR=2,6). Artinya pasien infertilitas yang mengalami ketidakpuasan hubungan seksual mempunyai risiko 2,6 lebih besar untuk mengalami sindrom depresi, daripada pasien infertilitas yang mengalami kepuasan seksual dalam hidup perkawinannya. Sedangkan Odds Ratio terbesar adalah pada jarang mengalami orgasme yang mencapai OR=18,2. Artinya pasien infertilitas yang tidak/jarang mengalami orgasme berisiko 18,2x lebih tinggi kemungkinannya untuk mengalami sindrom depresi daripada pasien infertilitas yang sering mengalami orgasme.

Beberapa hasil analisis bivariat kemudian digambarkan ke dalam bentuk grafik batang sebagai berikut.

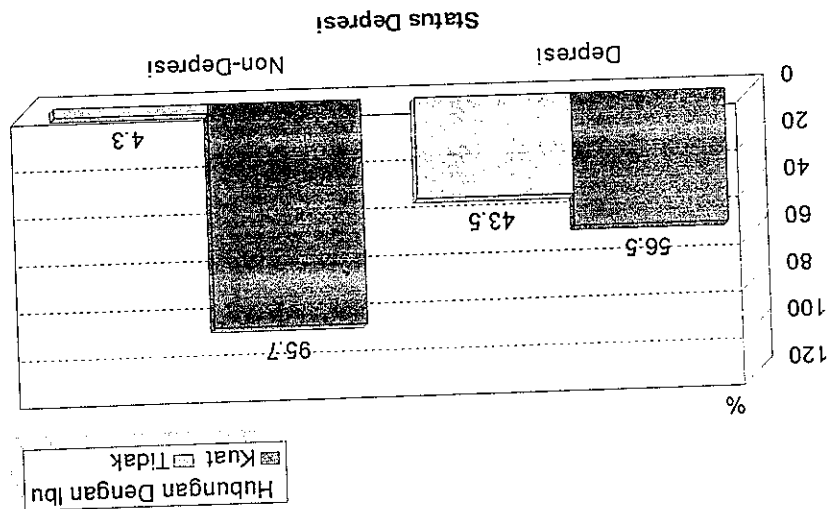
Pada Grafik 6 ditunjukkan pada kelompok sindrom depresi hanya sekitar 60,9% menginginkan peran ibu, sedangkan pada kelompok non-depresi hampir semua

Grafik 6. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas pada pertanyaan apakah keinginan mempunyai peran ibu kuat



Dari Grafik 5 ditunjukkan responden yang mempunyai hubungan dengan ibu yang kuat, sebanyak 56,5%-nya mengalami sindrom depresi, sedangkan yang tidak mempunyai hubungan dengan ibu yang kuat hanya 43,5% yang mengalami sindrom depresi.

Grafik 5. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas pada pertanyaan apakah hubungan dengan ibu kuat



Hal yang terbalik berikutnya adalah, keinginan peran Ibu, dari jawaban responden tampak bahwa besarnya keinginan berperan sebagai ibu, akan menyebabkan tetap

infertilitasnya, sebagai cara mengurangi *stress perception*-nya. ini. Dengan adanya hubungan kuat dengan Ibu, wanita bisa berbicara tentang keadaan lagi jika mulai munculnya konflik perkawinan dengan pasangan disebarkan Infertilitas perempuannya, sehingga Ibu berfungsi sebagai pelipur lara dan penyejuk hati, terutama dikutip di atas. Kemungkinan besar di Indonesia, peran Ibu sangat besar pada anak Tetapi dari penelitian ini dibuktikan sebaliknya dibandingkan referensi barat yang

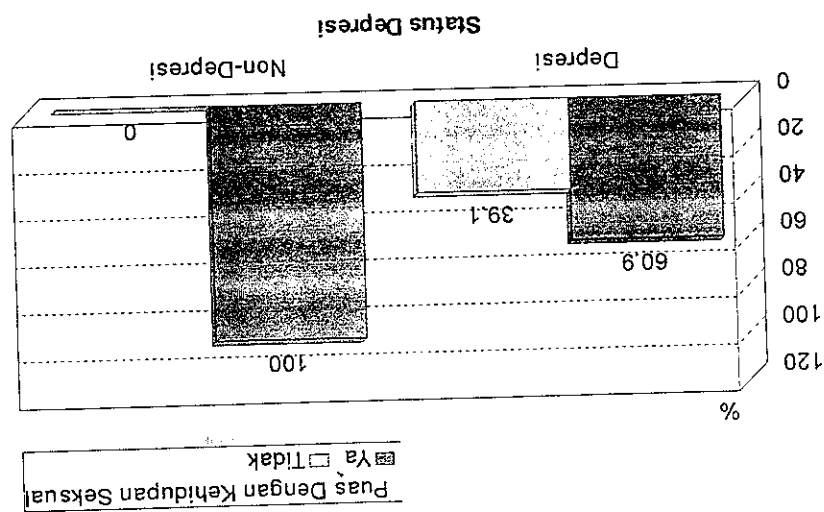
untuk melihat infertilitas sebagai masalah wanita.¹³ mencari pertolongan, kecenderungan dari wanita dan lingkungan sosialnya banyak terfokus pada wanita, kecenderungan emosional pada wanita untuk lebih mudah yang melekat pada wanita, kenyataan bahwa prosedur pemeriksaan infertilitas lebih Alasan yang lain mengapa wanita lebih distres daripada pria adalah : peran ibu tentang peran wanita sebagai ibu.¹⁴

untuk mendapatkan anak adalah penting, dikuasai pandangan tradisional yang kuat infertilitasnya merasa bertanggung jawab atas keadaan infertilitasnya, merasa keinginan yang lebih besar daripada pria bila : mengalami rasa kehilangan yang sangat karena Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa wanita mengalami distres pasangan untuk memenuhi keinginan terhadap peran ibu.

Secara tradisional, peran wanita dikodratkan sebagai istri dan ibu, mengandung, melahirkan, menyusui serta memelihara anak-anaknya. Konflik peran wanita tradisional dan nilai yang berkurang pada jaman modern ini dapat terjadi, khususnya pada wanita yang secara disadari atau tidak distres karena lingkungan dan kehamilan bagi wanita merupakan kreativitas yang paling bernilai, mewakili tujuan serta

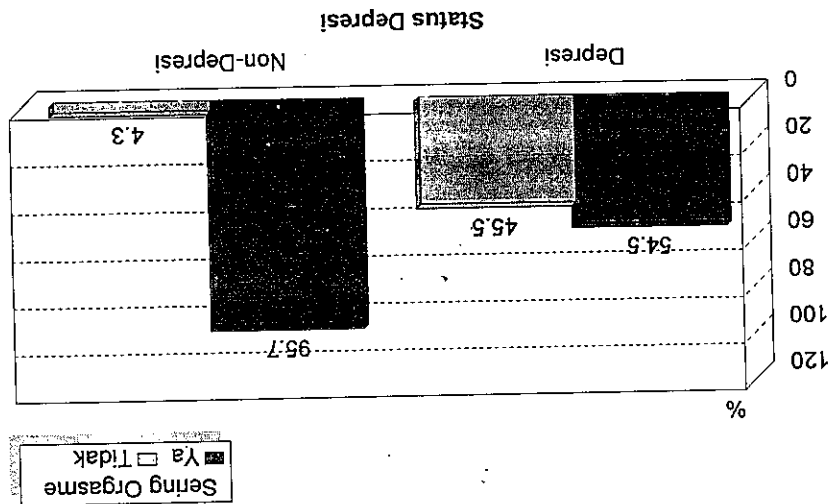
status ini menyusahkan untuk bergaul dengan wanita lain yang mempunyai anak. Bahwa menjadi ibu. Banyak wanita infertil tidak dapat membayangkan hidup tanpa anak dan disebabkan mayoritas wanita melihat tujuan utama dalam hidupnya untuk menikah dan Hubungan kuat dengan ibu dan menginginkan peran ibu, berbeda bermakna sebagai ibu berperan dalam mencegah terjadinya sindrom depresi. responden (95,5%) menginginkan peran ibu. Tampaknya keinginan mempunyai peran

terpilih haranya harapan dan keinginan untuk mempunyai anak, sehingga harapan ini akan memperkuat ketahanan untuk tidak munculnya sindrom depresi pada wanita dengan infertilitas primer.



Grafik 7. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas pada pertanyaan merasa puas dengan kehidupan seksualnya

Pada Grafik 7 terlihat bahwa kelompok responden yang mengalami sindrom depresi hanya 60,9% merasa puas dengan kehidupan seksualnya, sebaliknya pada kelompok responden non-depresi semuanya (100%) merasa puas dengan kehidupan seksualnya. Tampaknya kepuasan seksual sangat penting dalam mencegah terjadinya sindrom depresi.



Grafik 8. Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas pada seringnya mengalami orgasme dalam hubungan seksual dengan pasangannya.

Yang paling bermakna adalah pengalaman perubahan *self-image*. Perasaan menjadi tidak sempurna atau hancur menyebar pada keseluruhan rasa harga diri, *self-worth* dan *body image*, sehingga mungkin terjadi individu infertil merasa dirinya tidak menarik dan tidak bergairah secara sosial dan seksual. Hal ini dapat menyebabkan penurunan gairah seksual, kemampuan respons seksual, kemampuan menikmati hubungan seksual dan seksualitasnya atau usaha untuk menyimpan seksual *self-worth*nya melalui hubungan ekstraparital. Respons dari reaksi psikologis di atas menghambat fungsi psikoseksual dan kepuasan seksual. Dalam usaha untuk menyimpan rasa *self-worth* dan membuktikan bahwa mereka sebenarnya diterima secara seksual, sosial dan fisik, individu dapat menjadi promiskuitas atau genit yang tidak pada tempatnya.

Edelmann dkk, gangguan relasi perkawinan dan seksual dapat terjadi karena prosedur Menurut Kautman (1969), Bullock (1974), Debrover dkk. (1976), dalam rasa bersalah, tidak berharga dan ambivalen.

Penyebab disfungsi seksualnya adalah : dispareunia, hambatan hasrat seksual karena terapi hormon, hubungan seksual yang ditentukan, seks yang berorientasi tujuan, koitus dengan mendiktekan cara, waktu dan keadaan, body image yang buruk, depresi, kebutuhan seksual yang tidak realistis dari pasangan, kebutuhan yang terus akan berhubungan dengan umur.

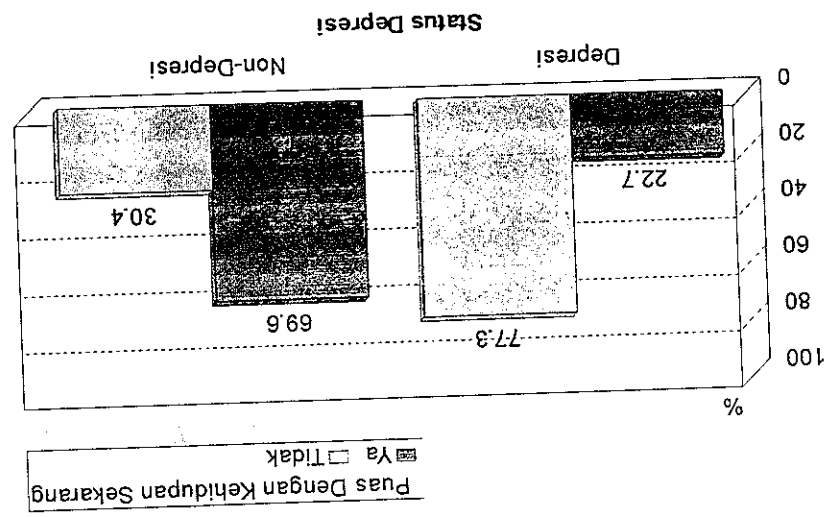
Wanita lebih merasakan problem infertilitasnya karena mengalami menstruasi yang merupakan ingatan akan kegagalan, juga mengalami penurunan seksualitas yang

seksual mengikuti siklus ovulasi.

hasrat. Problem ini makin menjengkelkan ketika pasangan diadwalkan berhubungan mungkin merasa tidak pantas atau impoten dan episode disfungsi seksual dan kehilangan ketertarikan tentang berkurangnya ketertarikan dan hasrat seksual sering muncul. Pasangan bermakna, disebabkan pada kelompok kasus dari wawancara didapatkan adanya Kepuasan berhubungan seksual dan seringnya mendapat orgasme berbeda sedangkan pada kelompok non-depresi 95,7% menyatakan sering orgasme.

Pada Grafik 8 ditunjukkan bahwa pada kelompok responden yang mengalami sindrom depresi sebanyak hanya 54,5% menyatakan sering mengalami orgasme,

Untuk banyak pasangan infertil, hubungan seks mempunyai tujuan utama untuk prokreasi dari pada kesenangan. Hal ini menjadikan hubungan seks seperti mesin, tugas atau pekerjaan rumah dan kurang memberikan kesenangan dan kepuasan, sehingga hambatan fungsi seksual lain dapat terjadi pada salah satu atau kedua pasangan, seperti impotensia, anorgasmi, vaginismus dan dispareunia, juga penurunan frekuensi hubungan seksual.



Grafik 9 . Persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas pada kepuasan hidupnya

Dari Grafik 9 terlihat perbedaan yang sangat menyolok tentang penilaian

kepuasan hidup sekarang ini bagi kelompok depresi dan non-depresi. Hanya sebanyak 22,7% responden pada kelompok depresi puas dengan kehidupan sekarang, dibandingkan pada kelompok non-depresi yang mencapai 69,6%. Dapat diartikan karena perasaan ketidakpuasan dalam hidup ini dapat berperan penting pada terjadinya sindrom depresi.

Stres mempunyai efek negatif langsung pada kualitas hidup secara umum dan secara tidak langsung melalui depresi. Orang dalam keadaan stres lebih rentan terhadap penyakit, depresi, ansietas, rasa percaya diri yang lemah dan ketidakpuasan. Masalah fertilitas sering berhubungan dengan sejumlah stres, hambatan fungsi pernikahan yang bervariasi dan penurunan kualitas hidup.

Stres oleh karena berbagai sebab berpengaruh terhadap suami dan istri terutama secara langsung pada empat faktor perkawinan, yaitu meningkatkan konflik perkawinan dan ketidakpuasan seksual, serta menurunkan *sexual self-esteem* dan frekuensi hubungan

F. Jawaban Responden Terhadap Persepsi diri kepada faktor masyarakat tentang infertilitas

seksual. Juga mempunyai efek negatif langsung pada kualitas hidup (yang terdiri dari aspek perkawinan, kesehatan, *self-efficacy*, dan kehidupan menyeluruh), maupun tak langsung pada kualitas hidup dengan mempengaruhi faktor-faktor perkawinan. Stres infertilitas dari pasangan dapat berefek langsung pada seluruh variabel lainnya. Konflik perkawinan dan ketidakpuasan seksual cenderung menurunkan banyak aspek dari kualitas hidup. Sedangkan *sexual self-esteem* dan frekuensi hubungan seks cenderung meningkatkan kualitas hidup. Pada wanita, dinamika stres karena problem fertilitas tampak lebih mengganggu identitas seksualnya, yaitu *sexual self-esteem* dan ketidakpuasan seksual juga mengganggu perasaan *self-efficacy*.

Tabel 7. Distribusi Jawaban Responden Terhadap Persepsi diri kepada faktor masyarakat tentang infertilitas

Persepsi Diri Faktor Masyarakat	Status Depresi		Nilai-p
	Depresi (%)	Non-Depresi (%)	
Keluarga tuntut anak	5 (21,7) 17 (73,9)	10 (43,5) 13 (56,5)	0,246 *
Keluarga dukung walau tak punya anak	5 (21,7) 17 (73,9)	10 (43,5) 13 (56,5)	0,009 **
Lingkungan tuntut punya anak	16 (69,6) 6 (26,1)	23 (100,0)	0,748 *
Lingkungan dukung walau tak punya anak	3 (13,0) 19 (82,6)	5 (21,7) 18 (78,3)	0,459 **
Wanita tak punya anak gagal peran ibu	6 (26,1) 16 (69,6)	10 (43,5) 13 (56,5)	0,410 *
Wanita tanpa anak perkawinan tak bers	6 (26,1) 16 (69,6)	8 (34,8) 15 (65,2)	0,824 *
Wanita tanpa anak dia salah	2 (8,7) 20 (87,0)	7 (30,4) 16 (69,6)	0,135 **

Dari Tabel 8 dapat dilihat bahwa Odds Ratio tidak adanya dukungan keluarga dengan tidak adanya anak mencapai 2,4. Artinya pasien infertil yang tidak mendapatkan

No.	Variabel	Odds Ratio	95% CI OR
1.	Tidak adanya dukungan keluarga dengan tidak adanya anak.	2,4	1,7-3,5
2.	Tidak dipunyai keyakinan yang kuat tentang norma agama yang mengharuskan mempunyai anak	5,0	1,2-20,2

Tabel 8. Ringkasan perhitungan besar risiko pada 2 item Persepsi diri kepada faktor masyarakat tentang infertilitas yang bermakna

Kemudian dihitung besar risiko dari 2 item pertanyaan persepsi diri kepada faktor masyarakat tentang infertilitas yang bermakna. Hasilnya diringkaskan pada Tabel 8.

Pada Tabel 7 ditampilkan distribusi jawaban responden terhadap persepsi diri kepada faktor masyarakat tentang infertilitas. Terlihat dari 10 item pertanyaan/tes hanya 2 item berbeda secara statistik, yaitu dukungan keluarga walaupun tidak punya anak dan norma agama harus punya anak.

Wanita tanpa anak laki-laki	1. Ya 2. Tidak	1 (4,3) 21 (91,3)	4 (17,4) 19 (82,6)	0,346 **
Norma suku harus punya anak	1. Sangat kuat 2. Kuat 3. Biasa saja 4. Lemah 5. Sangat lemah	2 (8,7) 5 (21,7) 10 (43,5) 4 (17,4) 1 (4,3)	8 (34,8) 4 (17,4) 6 (26,1) 5 (21,7)	0,157 ***
Norma agama harus punya anak	1. Sangat kuat 2. Kuat 3. Biasa saja 4. Lemah 5. Sangat lemah	1 (4,3) 6 (26,1) 10 (43,5) 4 (17,4) 1 (4,3)	7 (30,4) 9 (39,1) 1 (4,3) 5 (21,7) 1 (4,3)	0,046 ***

*) Pearson Chi-Square test dengan Yates Correction

**) Fischer Exact-test

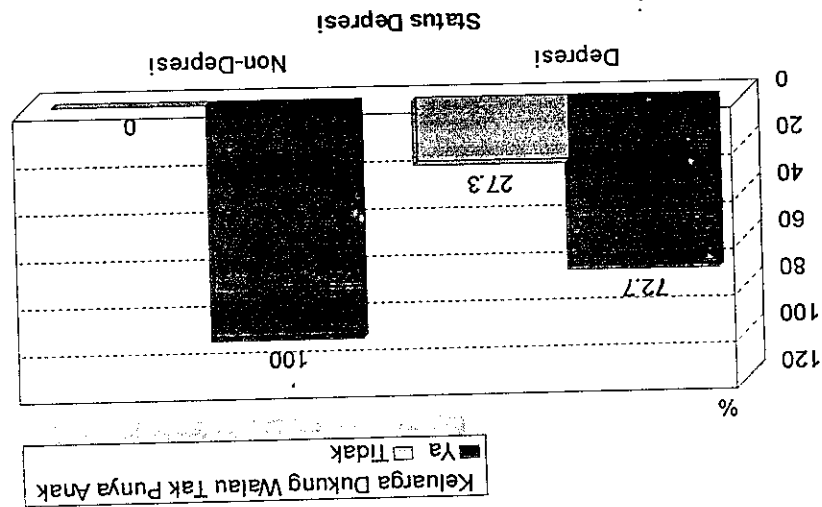
***) Mann-Whitney U test

Dukungan keluarga pada pasangan infertil kelompok depresi, sebagai hal yang dirasakan kurang, disebabkan karena perasaan tidak tertolong dan kehilangan kontrol. Seperti orang lain, pasangan infertil menjalani hidup dengan mengontrol banyak tujuan terjadinya sindrom depresi.

Tampaknya dukungan keluarga besar mempunyai pengaruh cukup besar dalam mencegah depresi seluruh keluarganya tetap mendukung walaupun tidak mempunyai anak. Hanya sebesar 72,7% walaupun tak mempunyai anak, padahal pada kelompok non-

Dari grafik 10 terlihat bahwa dukungan keluarga besar pada kelompok depresi

Grafik 10. Persepsi diri kepada faktor masalah dukungan keluarga walaupun tidak mempunyai anak



keluarga karena ketiadaan anak akan mempunyai risiko sebesar 2,4x lebih besar untuk mengalami sindrom depresi dibandingkan pasien infertil yang tetap memperoleh dukungan keluarga walaupun tidak mempunyai anak. Sedangkan kurangnya keyakinan terhadap norma agama yang mengharuskan mempunyai anak memberikan nilai Odds Ratio sebesar 5,0. Artinya pasien infertil yang tidak mempunyai keyakinan kuat-sangat kuat terhadap norma agama yang mengharuskan umatnya untuk mempunyai anak akan mempunyai risiko 5,0 untuk mengalami sindrom depresi daripada pasien infertil yang mempunyai keyakinan norma agama yang kuat.

Untuk lebih memperjelas gambaran distribusi item-item pertanyaan pada Tabel 7 dilakukan pembuatan grafik pada beberapa item pertanyaan yang mempunyai perbedaan yang bernakna antara kelompok depresi dan non-depresi.

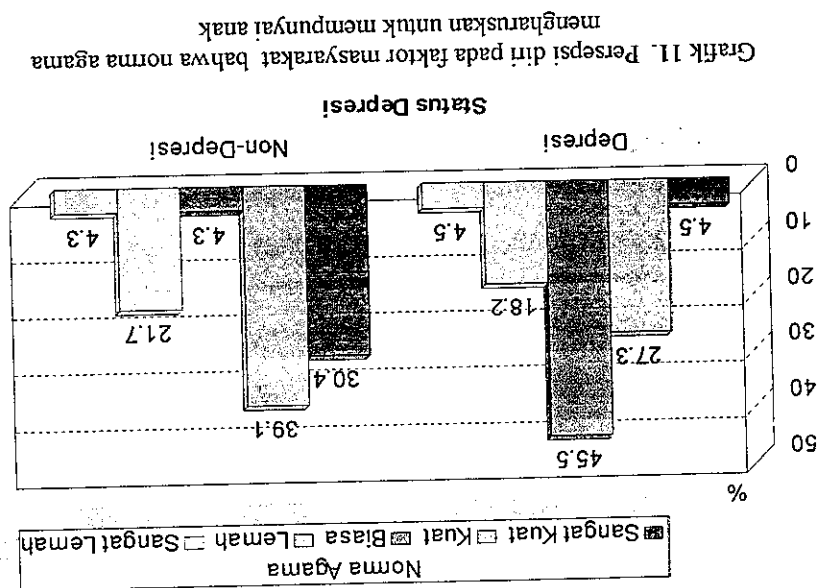
Dukungan keluarga dalam menolong individu infertil yaitu menjaga harapan untuk kehamilan yang tidak selalu sama dengan harapan untuk mempunyai anak. Menjadi hamil mungkin berarti bahwa tubuh wanita berfungsi baik, penguasaan identitas seksual dan seseorang dapat juga berbuat sama dengan orang lain, individu dapat memenuhi harapan orang tua dan sosial. Kebanyakan pasangan lebih memilih dukungan

perkawinan. membuat jarak komunikasi antar pasangan dan akhirnya menimbulkan problem masturbasi untuk pemeriksaan, atau berhubungan seksual yang ditetapkan. Hal ini dapat merasakan tidak mungkin untuk berbagi dengan istrinya tentang perasaannya saat harus menstruasi, kecemasannya bila haidnya terlambat, dan lain-lain. Pria juga dapat harapan pada kemampuan suaminya untuk mengerti perasaannya tentang saat-saat pengasingan yang lebih sulit adalah pengasingan dari pasangannya. Wanita kehilangan situasi kerja yang berhubungan dengan hal-hal kehamilan atau anak kecil. Bentuk dan teman. Pada keadaan ekstrim pasangan menarik diri dari lingkungan sosial atau dimengerti, tetapi hal ini dapat meningkatkan tekanan dan rasa ingin tahu dari keluarga dan yang tidak diminta dari orang lain; mereka menghindari stigma. Meskipun dapat kasihan dari orang lain atau menjadi sensitif dan takut menerima nasihat yang tak sesuai menyembunyikan keadaan infertilitasnya karena mereka tidak ingin menjadi obyek rasa peristiwa dimana ada wanita hamil dan bayi atau anak. Pasangan infertil mungkin Pasangan infertil mungkin berusaha melindunginya dengan menghindari profesional medis, teman bahkan Tuhan.

keluar ditunjukkan kepada orang lain yang mempunyai anak, orang tua, pasangan cita. Kemarahan dapat kedalam dan menyebabkan rasa bersalah dan depresi dan atau akibat dari perasaan-perasaan primer, biasanya rasa sakit yang menetap dan rasa duka kemarahan tidak rasional bila sebagai proyeksi terhadap tujuan. Hal ini mungkin sebagai rasional, seperti karena tekanan sosial dari keluarga dan teman. Kadang-kadang ketidak tertolongan, ketidak mampuan, ketidak berdayaan. Kemarahan dapat sangat tubuh dan nasibnya. Kemarahan sebagai respons terhadap lepas kontrol dari perasaan memasuki pemeriksaan dan pengobatan, ini berarti mereka melepaskan kontrol terhadap menyebabkan frustrasi, putus harapan dan kehilangan semangat. Bila pasangan infertil mereka. Kegagalan mengontrol salah satu tujuan yaitu melahirkan anak dapat

Dari pengetahuan pribadi, norma agama jawaban responden kelompok kasus tentang keharusan memiliki anak biologis pada wanita dengan infertilitas primer dibanding kelompok kontrol, berbeda secara bermakna. Hal ini disebabkan agama terbanyak responden, beragama Islam (Kasus 65,2% VS Kontrol 87%). Kemungkinan persepsi diri pada kuatnya memegang norma agama akan memberikan ketahanan terhadap stresor dan harapan untuk memiliki anak menjadi tetap besar, dan menganggap infertilitas yang terjadi adalah semacam ujian ketabahan dan ketakwaan pada Tuhan.

Pada Grafik 11 terlihat kepercayaan yang sangat kuat terhadap norma agama yang mengharuskan mempunyai anak pada kelompok non-depresi daripada kelompok yang mengalami sindrom depresi. Pada kelompok depresi jauh lebih banyak (45,5%) yang menyatakan biasa saja terhadap norma agama yang mengharuskan mempunyai anak, daripada kelompok non-depresi yang hanya sebesar 4,3% saja.



yang ditujukan untuk mereka berdua atau untuk suami dan istri sendiri-sendiri daripada dukungan kelompok. Ini mengingatkan bahwa antara suami dan istri, bahkan antara pasangan satu dan lainnya tidak mempunyai pendapat yang sama tentang masalah infertilitas.

G. Analisis Skor Total

Dari skor total persepsi diri dan skor Zung, kemudian dikategorikan menjadi 2 kategori dan hasilnya dapat dilihat pada Tabel 9, 10 dan 11 sebagai berikut :

Tabel 9. Distribusi status depresi menurut kategori persepsi diri terhadap faktor internal.

Persepsi diri terhadap faktor internal	Status Depresi		Total
	Depresi	Non-depresi	
Buruk (> 21)	13	13	26
Baik (<= 21)	10	10	20
Total	23 (50,0)	23 (50,0)	46 (100,0)

Pada uji statistik didapatkan nilai-p = 1,0. Berarti distribusi persepsi diri terhadap faktor internal dengan status depresi tidak berbeda bermakna.

Tabel 10. Distribusi status depresi menurut kategori persepsi diri terhadap faktor keluarga.

Persepsi diri terhadap faktor keluarga	Status Depresi		Total
	Depresi	Non-depresi	
Buruk (> 7)	10	13	23
Baik (<= 7)	12	10	22
Total	22 (48,9)	23 (51,1)	44 (100,0)

Pada uji statistik didapatkan nilai-p = 0,657. Berarti distribusi persepsi diri terhadap faktor keluarga dengan status depresi tidak berbeda bermakna. Satu responden dari kelompok depresi tidak mengisi kuesioner persepsi diri terhadap faktor keluarga secara lengkap, sehingga tidak ikut dianalisis.

Tabel 11. Distribusi status depresi menurut kategori persepsi diri terhadap faktor masyarakat.

Persepsi diri terhadap faktor masyarakat	Status Depresi		Total
	Depresi	Non-depresi	
Buruk (> 8)	10	15	25
Baik (<= 8)	12	8	20
Total	22 (48,9)	23 (51,1)	45 (100,0)

Pada uji statistik didapatkan nilai-p = 0,301. Berarti distribusi persepsi diri terhadap faktor keluarga dengan status depresi tidak berbeda bermakna. Satu responden dari kelompok depresi tidak mengisi kuesioner persepsi diri terhadap faktor masyarakat secara lengkap, sehingga tidak ikut dianalisis.

SIMPULAN DAN SARAN

BAB V

A. Simpulan

1. Persepsi diri kepada faktor internal tentang infertilitas tidak berbeda bermakna terhadap status depresi.

2. Separuh (5 item) tes persepsi diri kepada faktor keluarga tentang infertilitas berbeda bermakna dengan status depresi, yaitu :

- a. Ketidak-puasan hubungan seksual dengan pasangan (OR:2,6; 95% CI OR:1,7-4,0)
- b. Ketidak-puasan dengan hidupnya (OR:7,8; 95% CI OR:2,0-29,4),
- c. Tidak ingin peran ibu (OR:13,5; 95% CI OR:1,5-125,0) ,
- d. Hubungan tidak kuat dengan ibu (OR:16,9; 95% CI OR:2,0-142,8)
- e. Jarang mengalami orgasme (OR:18,2; 95% CI OR:2,1-166,6) .

3. Dua item tes persepsi diri kepada faktor masyarakat tentang infertilitas berbeda secara bermakna dengan status depresi, yaitu :

- a. Tidak adanya dukungan keluarga karena tidak punya anak (OR:2,4; 95% CI OR:1,7-3,5)
- b. Norma agama lemah terhadap kelurusan punya anak (OR:5,0; 95% CI OR:1,2-20,0)

4. Skor total persepsi diri terhadap faktor individu (nilai-p 1,0) , keluarga (nilai-p 0,657) dan masyarakat (nilai-p 0,301) tidak berhubungan secara bermakna dengan skor total /ung.

B. Saran

Untuk mencegah sindrom depresi pada isteri yang mengalami infertilitas perlu dilakukan intervensi : memperkuat hubungan dengan ibu, memperkuat keinginannya mempunyai peran ibu, meningkatkan relasi hubungan seksual dengan suami dengan frekuensi orgasme sesering mungkin, dan dimotivasi agar tetap merasa puas dengan hidup ini. Dari lingkungan masyarakat penting ada dukungan keluarga pada pasangan infertil dan menamakan norma agama yang kuat untuk kelurusan memiliki anak.

DAFTAR PUSTAKA

1. Schenker JG, Lewin A, Ben-David M: Principles of pathophysiology of infertility assessment and treatment. In Kurjak A (Ed.): *Ultrasound and Infertility*. Boca Raton: CRC Press, 1989, pp 24-53.
2. Thomarius JJ: Aspek emosional dari infertilitas. *Jiwa, Indon. Psychol. Quart. XX(1)*: 19-26, Maret 1987.
3. Abbey A, Halman LJ, Andrews FM: Psychosocial, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility* 57(1):122-128, January 1992.
4. Ayub Sani Ibrahim : Hubungan Psikopatologi dengan hiperprolaktinemia pada kasus-kasus infertilitas. KONGRES IDAJI Ujung Pandang, 10-13 Desember 1988.
5. Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ : Psychological sequelae of infertility treatment : The role of gender and sex-role identification. *Soc. Sci. Med.* 33(9) : 1071-1080, 1991
6. Edelmann RJ, Connolly KJ: Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology* 59:209-219, 1986.
7. Connolly KJ, et al.: The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research* 36(5):459-468, 1992.
8. Downey J, McKinney M: The Psychiatric status of womwn presenting for infertility evaluation. *Amer. J. Orthopsychiat* 62(2):196-205, April 1992.
9. Forrest L, Gilbert MS: Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal on Mental Health Counseling* 14(1):42-58, January 1992.
10. McEwan KL, Costello CG, Taylor PJ: Adjustment to infertility. *Journal of Abnormal Psychology* 96(2):108-116, 1987.
11. Hinggo Sardjono B, dkk: Hubungan antara lamanya infertilitas dengan derajat depresi pada pasangan infertile yang ingin mempunyai anak. Lab./UPF Ilmu Kedokteran Jiwa FK-UNAIR/RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, 1994.
12. Domar AD, Seibel MM, Benson H: The mind/body program for infertility: A new Behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility* 53(2):246-249, February 1990.

13. Stewart DE, Boydell KM, et al.: A Prospective study of the effectiveness of brief professionally-led support groups for infertility patients. *Int'l J. Psychiatry in Medicine* 22(2):173-182, 1992.
14. Morse CA, van Hall EV: Psychosocial aspects of infertility: A review of current concepts. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 6:157-164, 1987
15. Manning BE: The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility* 34:313-319, October 1980.
16. Keyes WR: Psychosexual responses to infertility. *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 27(3):760-766, September 1984
17. Paulson RJ, Sauer MV: Counseling the infertile couple: When enough is enough. *Obstetrics and Gynaecology* 78(3) part 1: 462-465, September 1991.
18. Klempner LG: Infertility: Identifications and disruptions with the maternal object. *Clinical Social Work Journal* 20(2):193-203, Summer 1992
19. Domar AD, et al.: Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: A replication. *Fertility and Sterility* 58(1):144-147, July 1992.
20. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ: Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior* 32:238-253, September, 1991
21. Sumapraja, Sudrajat, dalam Ilmu Kandungan. Yayasan Bina Pustaka, Edisi 2, Jakarta, Hal 497-521, Jakarta 1994
22. Taat Putra, Suhartono (Ed), Psikoneuroimunologi Kedokteran. Graha Masyarakat Ilmiah Kedokteran, Fak. Kedokteran UNAIR/RSUD Dr. Soetomo, Hal 1-23. Surabaya 2005.
23. Cox T, Stress, Coping and Health. In Health Psychology. Process and Application editd by Annabel Broome and Sue Llewelyn, 2nd edition, Chapman & Hall, pp 21-34, London 1995
24. Weiten W, Psychology. Themes & Variations. 6th edition, Wadsworth, a division of Thomson Learning Inc, USA, New York 2004. pp 1-21
25. Ader R, DL Felten, N Cohen. Psikoneuroimmunologi. 3rd ed. Vol 12, Academic Press, USA 2001
26. Maslim, Rudi. Diagnosis dan Terapi Sindrom Depresi. Juni 1992

27. Edelmann RJ, Golombok S: Stress and reproductive failure. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 7:79-86, 1989.
28. Amar Lana: Male Infertility. In Garner C (Ed.): *Principles of Infertility Nursing*. Boca Raton: CRC Press, 1991, pp 93-108.
29. Williams L, Bischoff R, Iudes J: A Biopsychosocial model for treating infertility. *Contemporary Family Therapy* 14(4), 309-322, August 1992.
30. Rosenthal MB: Infertility : Psychoterapeutic issues. *New directions for Mental Health Service* 55:61-71, Fall 1992.
31. Hudono ST: Kelainan psikosomatik dalam bidang obstetric dan ginekologi. *Majalah Dokter Keluarga* 5(7):356-364, Juni 1986.
32. Schenker JG, Meirrow D, Schenker E: Stress and human reproduction. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 45:1-8, 1992.
33. Sharma JB, Sharma S: Role of thioridazine in unexplained infertility. *Int J Gynecol Obstet* 37:37-41, 1992.
34. Kedem P, Bartoov B, Mikulincer M, Shkolnik T: Psychoneuroimmunology and male infertility: A possible link between stress, coping and male immunological infertility. *Psychology and Health* 6:159-173, 1992.
35. Kedem P: Psychological aspects of male infertility. *British Journal of Medical Psychology* 63:73-80, 1990
36. Tienke Syaraswati Arif: Aspek Psikologi dari pasangan perkawinan dengan suami mandul. *Jiwa, Indon. Psychiat. Quart. XI*(3):1-5, Juli 1978.
37. Gordis, L. Epidemiology, Second Edition. W.B. Saunders, Co., Philadelphia 2000
38. Paulson JD, et al.: An Investigation of the Relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertility and Sterility* 49(2):258-262, February 1988